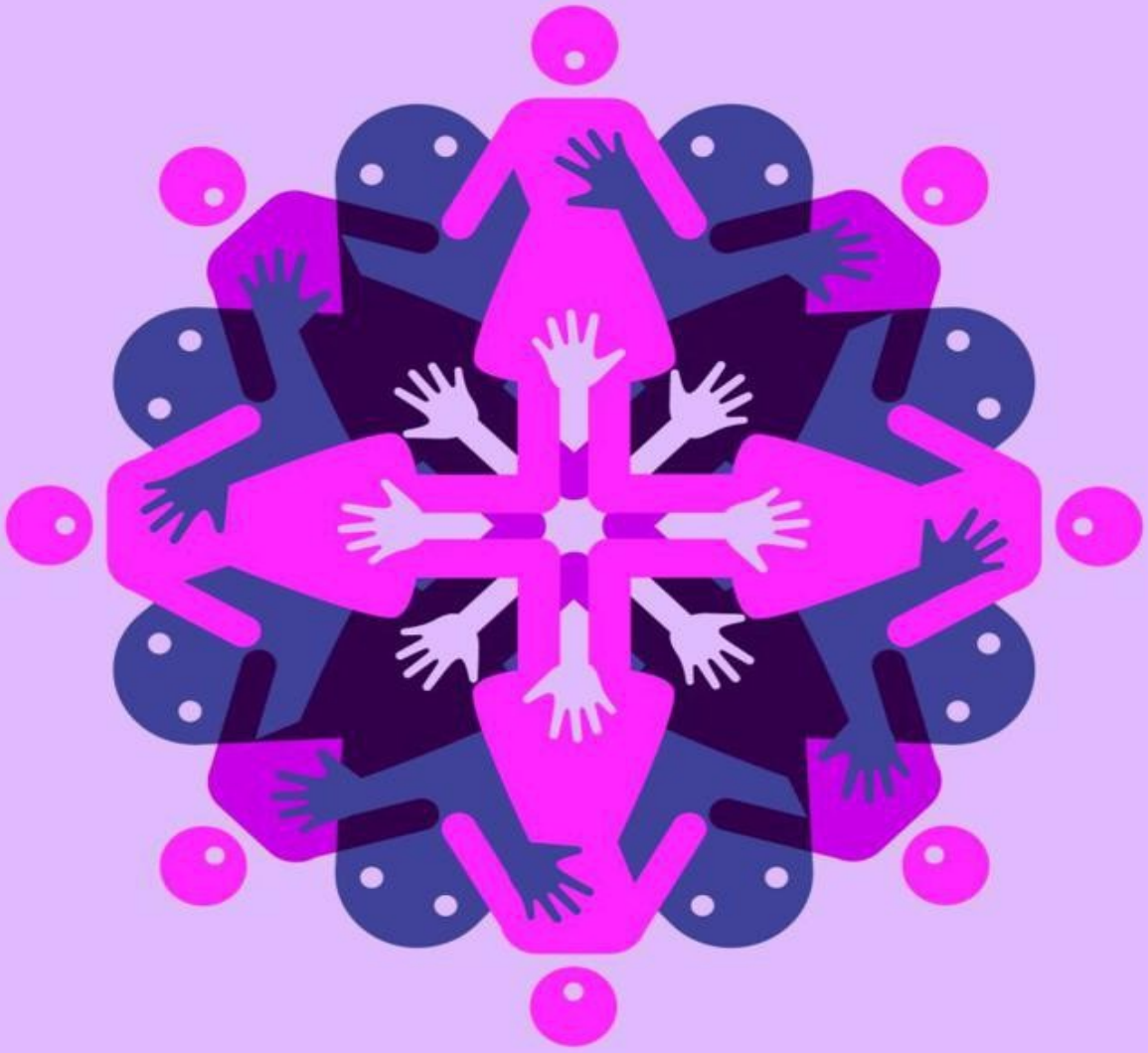
Terapia supraviețuitoarelor adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie

O perspectivă psihanalitică

Jody Messler Davies
Mary Gail Frawley



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Mulțumiri

Am avut norocul de a beneficia de sprijinul multor persoane de-a lungul elaborării acestei lucrări. Deşi există o oarecare suprapunere între noi în ce-i priveşte pe cei cărora dorim să le mulţumim, în cea mai mare parte a lucrului la acest proiect ne-am adresat unor colegi şi prieteni diferiţi şi astfel am decis să ne exprimăm recunoștința separat.

Vom începe, totuşi, cu cei pe care îi avem în comun. Wendy Greenspun este cea care a catalizat această colaborare, motiv pentru care ori o blestemam, ori o binecuvântam, în funcţie de felul în care mergea scrisul la un moment dat. Cel mai mult dorim să-i mulţumim că ne-a adus laolaltă. Le mulţumim şi lui Jo Ann Miller şi Stephen Francoeur de la Basic Books. Jo Ann ne-a întâmpinat cu căldură în calitate de noi autori şi a crezut din start în valoarea lucrării noastre. Stephen a adăugat umor, constanţă şi echilibru luptei noastre de a da acestei cărţi o formă publicabilă.

Jody Messler Davies:

Ocazia de a mulţumi tuturor celor care au contribuit la versiunea finală a acestei cărţi cu generozitatea, cunoştinţele şi sprijinul lor este, într-adevăr, nu numai o sarcină formidabilă, ci şi un privilegiu şi o plăcere îndelung aşteptate.

Aş vrea să încep cu pacientele, ale căror curaj şi tenacitate în faţa unor circumstanţe de viaţă copleşitoare au reprezentat o sursă constantă de inspiraţie şi de speranţă. Poveştile lor, credinţa lor şi încrederea lor mi-au schimbat viaţa şi au

influenţat profund ceea ce ştiam despre procesul psihanalitic.

Multor altora care au sprijinit acest proiect în diferite momente pe parcurs, oferind cu mare generozitate şi entuziasm din timpul lor preţios: George Stricker, Elena Skolnick, Lewis Aron, Robert Mendelsohn, Lawrence Epstein şi Jerry Rittigstein. Au citit lungi fragmente din carte, în unele cazuri întregul manuscris, şi ne-au oferit cu onestitate, candoare şi tact criticile şi comentariile lor.

Acelor colegi împreună cu care m-am luptat să înţeleg sarcina dificilă, şi pentru mine provocatoare, a lucrului cu adulţii supravieţuitori. Mi-au împărtăşit gândurile, scrierile şi cele mai personale momente de triumf şi de îndoială: Sue Shapiro, Madelyn Miller, Sue Grand, Richard Gartner, Wendy Greenspun, Judith Alpert, Michelle Price.

Membrilor grupului meu de studiu, pentru că au continuat să ofere un loc „suficient de sigur" pentru a învăţa, a pune întrebări, a nu fi de acord şi, în cele din urmă, a genera idei noi. Aprecierea şi afecţiunea mea se îndreaptă către Susan Katz Flinn, Patricia Kennedy, Susan Shimmerlik, Linda Pasternack şi Carolyn Clement.

Lui Neil Skolnick, împreună cu care am reflectat pentru prima dată la ideea de a-mi aşterne gândurile pe hârtie. Această carte nu ar fi putut fi scrisă fără colaborarea noastră anterioară.

Lui Jonathan Slavin, care a purtat acest manuscris prin jumătate de lume şi s-a dăruit pe sine, ideile şi spiritul său, iar şi iar, de câte ori a fost nevoie şi neîntârziat. Mulţumiri din inimă pentru entuziasmul, sprijinul şi, în cele din urmă, pentru prietenia lui.

Lui Stephen Mitchell, un profesor deosebit, care a transmis cu atâta elocvenţă şi respect ideile trecutului şi ale prezentului, păstrându-şi mereu curiozitatea faţă de noile moduri de gândire şi conceptualizare a procesului analitic. Opera lui ne-a servit drept un model de calitate, demnitate şi deschidere creatoare. Mulţumirile mele sincere pentru generozitatea cu care s-a dăruit.

Coautoarei mele, Mary Gail Frawley, pentru experienţa unei colaborări generative în cel mai autentic sens al cuvântului, precum şi creative, pline de respect şi delectare pe tot parcursul ei. În ultimii trei ani am muncit, ne-am luptat şi ne-am jucat. În sfârşit, mi-ar fi fost imposibil să-mi imaginez această întreprindere fără climatul cu adevărat sigur oferit de prezenţa ei.

În cele din urmă mă adresez familiei mele, fără de ale cărei dragoste, entuziasm şi susţinere emoţională această carte n-ar fi putut fi scrisă.

Părinţilor mei, Mark şi Sandra Messler, care mi-au dăruit iubirea, încrederea şi sprijinul, precum şi atât de multe weekenduri de „extra" baby-sitting.

Cu toată dragostea, fiicelor mele, Jocelyn şi Shelby, care au rămas mândre de mama lor şi interesate de munca ei, în ciuda numeroaselor ocazii când aceasta a atentat la timpul petrecut împreună cu ele. „Gata, fetelor, în sfârşit am terminat."

Și, în primul și în primul rând, mă întorc, ca întotdeauna, către Lee, a cărui credință îmi dă putere, a cărui energie mă susține și pentru a cărui dragoste îi sunt recunoscătoare mai mult decât pot exprima în cuvinte.

Mary Gail Frawley:

Jody și cu mine de-abia ne cunoșteam atunci când s-a născut ideea acestei cărţi. În ultimii trei ani am devenit bune prietene, precum şi coautoare care au colaborat cu o ușurință remarcabilă. Am ajuns să-i apreciez profund sclipirea intelectuală, umorul, generozitatea spiritului și sprijinul colegial. Ei îi spun: „Am reuşit! Să continuăm!"

Institutul Derner de la Universitatea Adelphi mi-a fost cămin intelectual, profesional și emoțional pentru aproape zece ani. Mulți dintre cei din familia de la Adelphi m-au influențat, m-au provocat și m-au susținut, iar unii dintre ei merită să fie menționați în mod special. George Stricker mi-a fost mentor, tată transferențial, coleg și prieten și mi-a îndrumat ani de zile pașii în carieră. Încă de la începutul acestui proiect, George și-a oferit cu generozitate timpul și știința. Când proiectul se apropia de sfârșit, a citit întregul manuscris și a oferit sugestii valoroase care au îmbunătățit varianta finală. Vreau să-i transmit lui George respectul, recunoștința și afecțiunea mea.

Într-un moment solicitant, când își asumase funcția de decan interimar al Institutului Derner, Bob Mendelsohn a citit și a comentat pe marginea mai multor capitole cheie ale cărții. Pe lângă contribuția la acest proiect, Bob a avut o influență considerabilă asupra activității mele clinice; geniul și capacitatea lui ludică m-au impresionat și m-au emoționat.

Larry Epstein și Jerry Ritigstein au citit întregul manuscris, lucru pentru care le sunt recunoscătoare.

Ca doctorand, am fost fascinată de stăruința lui Irwin Hirsch ca terapeutul să

devină partener deplin în călătoriile psihanalitice, să pună în scenă şi să observe împreună cu pacientul configuraţii relaţionale esenţiale. Îi sunt recunoscătoare lui Irwin pentru lectura capitolelor despre transfer şi contratransfer şi pentru discuţia noastră cu privire la ideile mele despre disociere.

Îndreptându-mă către mai larga comunitate psihanalitică, doresc să-mi exprim mulţumirile către Jonathan Slavin. Cu amabilitate şi generozitate, Jonathan ne-a dedicat întreaga sa sârguinţă în calitatea sa de critic şi susţinător profesional. Oricum, prietenia lui este la fel de importantă pentru noi ca şi interesul lui pentru munca noastră. Jonathan mi-a devenit prieten, o companie plăcută, iar bunătatea lui a însemnat mult pentru mine într-un moment de mari schimbări în viaţa mea.

Am fost mai mult decât norocoasă să am parte de sprijinul colegial a numeroşi terapeuţi experimentaţi din Rockland County. Steve Ratnow, Erica Wanderman, Gloria Stone, Ann Kuehner, Laura Woolis şi David Friedman sunt profesionişti talentaţi şi prieteni în egală măsură. Ei au contribuit, de-a lungul anilor, la dezvoltarea mea în calitate de clinician şi m-au susţinut cu căldură şi încurajări în timpul scrierii acestei cărţi.

Familia şi prietenii au dat dovadă de extrem de multă iubire şi răbdare în timpul cât această carte a progresat de la idee la produsul final şi au tolerat cu generozitate apelurile telefonice nereturnate, anularea angajamentelor şi perioadele de concentrare care au eliminat ceea ce ar fi reprezentat o receptivitate de aşteptat din partea mea. Recunoştinţa şi dragostea mea merg către Martha Ann, Debbie, Kevin, Judy, Elizabeth şi Gerritt, Michelle, Arlene, Tom (*meşterul de fitinguri*) şi Joanne,

Bob şi Laurie, Jenny şi Mary O’Hanlon.

Călătoriile importante sunt adesea caracterizate de întorsături şi schimbări neaşteptate; sunt mai interesante şi mai sigure atunci când ai alături un partener de încredere. Lynn mi-a fost tovarăş de călătorie constant şi vivace în acelaşi timp şi mi-a câştigat respectul, încrederea, dragostea şi profunda recunoştinţă.

Aşa cum spunea odată un vechi prieten din facultate: „Nu ştii niciodată de

unde pândește dragostea". Vreme de douăzeci și cinci de ani Dennis O’Dea a fost poetul sufletului meu. Când am încheiat scrierea acestei cărți, ne-am regăsit, pentru a câta oară, și acum dragostea lui mă încălzește și mă împlinește.

În sfârșit, le mulțumesc pacientelor mele, de la care am învățat enorm, însoțindu-le în călătoriile lor spre vindecare și redobândirea speranței. Am fost mișcată și inspirată de curajul lor, de hotărârea lor de a se ridica deasupra abuzurilor, altădată inexprimabile, asupra trupurilor și minților lor, de disponibilitatea lor generoasă de a mă ajuta să le ajut. Sper din tot sufletul că aceste pagini le vor face vizibile creativitatea și perseverența.

Introducere

Scrierea unei introduceri este, probabil, cea mai personală declaraţie a unui autor. Este un cadru prin care sperăm că cititorul va vedea şi va interpreta ceea ce avem de oferit şi este o ultimă încercare, paradoxal plasată la început, de a influenţa modul în care îi sunt receptate gândurile şi, în cazul psihanalizei, activitatea clinică. Scriem această introducere la sfârşitul drumului, conştiente că numai ridicându-ne noi înşine din încorsetarea acestui proiect putem spera să dobândim o privire de ansamblu asupra lui.

Acum mai bine de trei ani, când am început să reflectăm la ideea acestui proiect, se scrisese sau se discutase puţin, din perspectivă psihanalitică, despre tratamentul adulţilor supravieţuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie. Articolele de orientare psihanalitică pe care le-am găsit nu integrau teoria psihanalitică în corpusul din ce în ce mai mare de observaţii empirice, clinice şi teoretice disponibile în literatura de specialitate dedicată abuzului sexual şi traumei psihice. La fel de neintegrate erau şi progresele curente ale psihologiei cognitive care tratau diversitatea modurilor în care amintirile traumatice sunt simbolizate şi codificate de către pacienţi. Ba mai mult, chiar şi în conversaţiile particulare cu colegii noştri legate de problemele inerente tratării supravieţuitorilor abuzului sexual, am întâmpinat neîncredere sau o atmosferă de ascundere tăcută şi disconfort straniu, ca şi cum atât discuţia, cât şi subiectul ar fi fost la fel de interzise.

La vremea respectivă, amândouă aveam foarte multe paciente care fuseseră

abuzate sexual în copilărie şi cu care făceam psihanaliză sau psihoterapie de orientare psihanalitică. Amândouă am simţit o nevoie acută de a vorbi despre aspecte ale tratamentului care păreau paradigmatice pentru munca noastră şi solicitante din punct de vedere relaţional. Alţi clinicieni de orientare analitică ce trataseră supravieţuitoare ale incestului sau abuzului sexual ne-au mărturisit că se cufundau adesea în îndoială, chiar ruşine, în legătură cu ceea ce ei considerau tratamente oarecum neconvenţionale şi zbuciumate. Aveau foarte mare nevoie de confirmare, îndrumare şi validare. În acelaşi timp, ne întâlneam cu alţi colegi care îşi exprimau îndoiala şi rezerva cu privire la întreaga chestiune a traumei sexuale timpurii, a urmărilor sale şi a locului

central care ar trebui să i se acorde în terapie.

Spre marea noastră surprindere, în decursul celor trei ani cât am scris această carte, am observat o explozie a interesului mass-mediei faţă de abuzul sexual al copiilor şi consecinţele sale. În cel mai fericit caz, aceste prezentări publice şi uneori duse în senzaţional încurajează victimele incestului şi abuzului sexual să solicite tratament pentru vindecarea rănilor psihice. În cel mai rău caz, circul mediatic creat în jurul subiectului ameninţă să trivializeze suferinţa îndelungată a multor supravieţuitori sau să-i îndepărteze pe clinicienii nefamiliarizaţi cu consecinţele traumei sexuale din copilărie, care ar putea privi dezvăluirile pacienţilor despre abuzurile sexuale suferite drept o conformare la cel mai recent moft naţional. Ca martore ale atenţiei din ce în ce mai mari acordate abuzului sexual din copilărie, am simţit cu şi mai multă tărie că specialiştii de orientare psihanalitică trebuie să se implice într-un dialog critic amplu cu privire la consecinţele traumei sexuale

timpurii şi tratamentul adulţilor supravieţuitori.

Două linii distincte de investigaţie au servit drept punct şi contrapunct într-o dezbatere, adesea acerbă, în rândul analiştilor şi între psihanalişti şi alţi specialişti clinicieni. O direcţie susţine că realitatea evenimentului traumatic, la care se adaugă reala copleşire a funcţiilor Eului şi a capacităţilor de simbolizare, este ceea ce perturbă în esenţă funcţionarea adaptativă şi necesită, prin urmare atenţie clinică serioasă. Cealaltă direcţie susţine că este mai importantă înţelegerea modului în care evenimentele traumatice ajung să fie încorporate de fantasmele inconştiente, în special de cea sadomasochistă. Unii autori psihanalitici vorbesc cu elocvenţă despre eşecurile de dezvoltare pe termen lung şi oscilaţiile specifice ale fantasmei inconştiente prezente la adulţii supravieţuitori, dar nu reuşesc să integreze în teoria lor literatura din ce în ce mai vastă pe tema stresului traumatic şi a reacţiilor specifice stresului posttraumatic, frecvente la adulţii supravieţuitori. Alţii scriu emoţionant despre efectul evenimentelor traumatice reale asupra pacienţilor lor, dar par să sugereze că o retrăire abreactivă detaliată a acestor evenimente va debloca de la sine procesele de dezvoltare, va reelabora realitatea patologică ce distorsionează/conservă apărările utilizate de supravieţuitorul traumatizat şi va reformula sistemul internalizat de matrice relaţionale abuzive care continuă să îi influenţeze relaţiile interpersonale prezente.

Convingerea noastră intimă, chiar acel *raison d'être* pentru scrierea acestei cărți, s-a transformat în prezentarea credinței noastre comune că această controversă a devenit ea însăși periculos de înșelătoare. A condus clinicieni de orientare

analitică într-o dispută suprapolemizată, care a favorizat ideea că, din punct de vedere clinic, trebuie să alegem între a ne ocupa de realitățile abuzului din copilărie sau de elaborările fantasmate internalizate ale acestora. Considerăm că această alegere este inutilă și suntem de părere că ea contribuie mult prea des la bine-cunoscutele eșecuri terapeutice din acest domeniu al practicii clinice. Atât realitatea abuzului sexual din copilărie, cât și elaborările fantasmate ale acestor evenimente traumatice se întrețes în tapiseria lumilor sinelui și a obiectelor interne ale adultului supraviețuitor și ambelor trebuie să li se acorde importanță și atenție în terapie. Numai prin fecundarea încrucișată a ariilor de interes clinic, rămase, în mod surprinzător, disparate, am ajuns să înțelegem pe deplin fenomenele specifice care apar în terapia psihanalitică a acestei categorii de pacienți.

Modelul terapeutic relațional

Din fericire, gândirea psihanalitică contemporană nu ne mai obligă să alegem între a încerca reconstrucția traumelor din trecut și a ajunge să evaluăm elaborarea unor astfel de traume în aspecte fantasmate ale relațiilor cu obiectul internalizat. Tratarea adulților supraviețuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie în cadrul unui model relațional implică, așadar, co-crearea unui spațiu tranzițional, în care pacientul și terapeutul împreună, sunt liberi să repună în scenă, să genereze context și semnificație și, în cele din urmă, să recreeze, în forme complet reconfigurate, matricele relaționale structurante, centrale, ale vieții timpurii a pacientului. Aici, istoria unică, sistemele de identificări și fantasmele proprii fiecărui participant la

dialogul terapeutic definesc modul în care acea persoană percepe terapia și, în același timp, influențează felul în care celălalt înțelege și structurează semnificația.

În acest model terapeutic, nu ne facem nicio iluzie cu privire la „neutralitatea" terapeutei și ne așteptăm în totalitate ca, datorită presiunilor

transferenţiale ale pacientei şi propriilor sale reacţii contratransferenţiale în faţa materialului clinic, terapeuta să fie atrasă în repuneri în scenă permanente şi în continuă schimbare. Aceste repuneri în scenă nu sunt „erori clinice", ci esenţa materialului care trebuie analizat în terapie. Astfel de fenomene implică recrearea inconştientă, în cadrul terapeutic, a unor aspecte imperceptibile, disociate, ale reprezentărilor sinelui şi obiectelor interne — aspecte care nu pot fi verbalizate, dar care, prin intermediul mecanismelor proiectiv-introiective, în special prin identificarea proiectivă, pot circula încolo şi încoace între pacientă şi terapeută în reconstrucţii uluitoare ale traumei timpurii, elaborarea lor în fantasmă şi infiltrarea lor, în cele din urmă, în relaţiile interpersonale din prezent. În cadrul acestui model, repunerile în scenă sunt cruciale, iar procesul perlaborării nu face decât să deschidă drumul pentru altele şi altele. Neutralitatea terapeutică, în această abordare, stă în capacitatea clinicienilor de a menţine aceste repuneri în scenă fluide şi în continuă schimbare, în abilitatea lor de a împiedica reacţiile contratransferenţiale de a încorseta terapia în repunerea în scenă cu obstinaţie a unei singure relaţii internalizate cu sinele şi cu obiectul, în detrimentul tuturor celorlalte.

De asemenea, înţelegem noţiunea clasică de „abstinenţă" ca o menţinere a deschiderii şi a maleabilităţii în interiorul spaţiului potenţial al procesului

terapeutic, adică încercarea de a evita, în aceste repuneri în scenă, tipurile de gratificări concrete care ar provoca o prăbuşire a tranziţionalităţii. În acest cadru ne putem confrunta cu nevoile pacientelor noastre, nu cu teama aproape fobică încurajată de teoriile mai rigide despre participarea clinicianului la relaţia terapeutică, ci conştienţi că gratificarea simbolică şi iluzorie a anumitor nevoi şi dorinţe se va produce odată cu trezirea proceselor de dezvoltare întrerupte prematur.

Subliniem cu această ocazie că atât participarea, cât şi observarea sunt vitale în terapie. Prin acest gest subscriem teoriilor lui Winnicott (1947, 1955, 1960a, 1971), Khan (1960, 1969, 1971a, 1971b), Gill (1972), Mitchell (1988), Greenberg (1991), Hoffman (1991) şi Bromberg (1991), printre alţii, care cu toţii au subliniat că terapeutul nu este doar observator, ci şi participant la viaţa relaţională a pacientului, repunând în scenă activ, împreună cu pacientul, paradigme relaţionale timpurii. Suntem de acord cu viziunea lui

Fairbairn (1943) că intensitatea ataşamentelor faţă de obiectele abuzive „rele" este extrem de persistentă. Adulţii supravieţuitori ai abuzului sexual din copilărie, cu legăturile lor intense faţă de ceilalţi, abuzivi, îl atrag pe terapeut, în mod activ şi cu mare hotărâre şi disperare, în repunerea în scenă a relaţiilor lor timpurii haotice. Succesul terapiei depinde, astfel, de abilitatea terapeutului de a se implica liber în aceste repuneri în scenă în transfer–contratransfer, pentru ca apoi să se detaşeze suficient pentru a observa, conţine şi elabora împreună cu pacientul ce s-a întâmplat în interacţiunea dintre ei. Terapia este în pericol atât atunci când terapeutul se opune participării, cât şi atunci când este atât de implicat încât îşi pierde capacitatea de a observa.

Modelul nostru terapeutic se bazează, aşadar, pe o pendulare continuă între repunerea în scenă regresivă şi interpretarea a ceea ce este readus la viaţă prin constelaţiile transferenţiale şi contratransferenţiale care se ivesc şi prin dezvăluirea progresivă a unei noi relaţii cu obiectul, care are loc între pacient şi terapeut în timpul terapiei. Repunerea în scenă, contrabalansată de interpretare, care să conducă la un tip tot mai nou de experienţă interpersonală, este obiectivul final.

Cea mai mare parte a lucrului nostru terapeutic cu adulţii supravieţuitori se petrece într-o perspectivă mai largă a unei matrice transfer–contratransfer (Ogden, 1986). Această conceptualizare a transferului include toate aspectele terapiei care anterior au fost definite ca alianţă terapeutică, relaţia „reală" dintre pacient şi analist şi sistemul internalizat, generat dinamic, al aşteptărilor şi fantasmelor relaţionale, care cuprinde definiţii mai tradiţionale. Includem apoi ideea lui Greenberg (1991) că reacţiile transferenţiale ale pacientului întruchipează procesarea conştientă şi inconştientă a caracteristicilor şi dinamicilor conştiente şi inconştiente ale terapeutului şi încurajează tipul de investigare, descris de Aron (1991), a aşteptărilor şi fantasmelor pacientului în legătură cu subiectivitatea analistului.

Concepţia noastră despre contratransfer cuprinde o perspectivă la fel de largă. Noi considerăm procesul contratransferenţial ca pe un corespondent de fiecare clipă, concordant şi complementar cu transferul, inextricabil legat de acesta (Racker, 1968). Această definiţie a contratransferului include aspecte ale terapiei care fuseseră anterior conceptualizate ca fiind contribuţia

clinicianului la alianţa terapeutică: sentimentele reale percepute de terapeut faţă de pacient — gânduri,

sentimente, fantasme, identificări proiective etc. care se dezvoltă ca răspuns la comunicările conştiente şi inconştiente, verbale şi nonverbale ale pacientului şi răspunsurile provenite cu precădere din conflictele şi fantasmele structurate dinamic ale terapeutului.

Toate reacţiile clinicianului faţă de pacient şi toate reacţiile pacientului faţă de clinician sunt fire din ţesătura împletită de ambii participanţi/observatori pentru a forma o matrice relaţională în care şi prin care se derulează analiza. Relaţia terapeutică formează astfel atât fundalul, cât şi prim-planul (Pine, 1981) în care se desfăşoară terapia. Ca fundal, relaţia este mediul constant de susţinere (Winnicott, 1960a), în care pacientul învaţă treptat să aibă încredere, un spaţiu suficient de bun (Winnicott, 1960b), care devine suficient de sigur pentru ca pacientul să poată continua să trăiască (Winnicott, 1962) în timp ce retrăieşte, îmblânzeşte şi integrează încetul cu încetul reprezentările îndelung clivate ale sinelui şi obiectelor interne, separate iniţial de experienţele traumatice. În prim-plan, relaţia terapeutică este „acolo unde se petrece acţiunea". Este arena în care abuzul, neglijarea şi salvarea idealizată sunt retrăite şi în care terapeutul şi pacientul participă la apariţia, identificarea şi perlaborarea unor paradigme transferenţiale şi contratransferenţiale intense, adesea haotice. Matricea relaţională este locul în care amintirile traumatice dependente de stare sunt declanşate de aspecte ale repunerii în scenă transferenţial–contratransferenţiale.

În lucrarea noastră am încercat să descriem, într-o manieră cât se poate de evocativă, tiparele de disociere specifice şi paradigmele caracteristice de

transfer–contratransfer care apar cu o oarecare consecvenţă în activitatea noastră. Ne dăm seama că pacientele noastre nu reprezintă un grup monolitic, omogen. Din contră, procesul terapeutic care se creează în orice diadă pacient–terapeut va fi unic şi diferit, al oricărei altei perechi. Acolo unde ne-am putea afla în eroare în direcţia supraschematizării anumitor interacţiuni pacient–terapeut, precum în capitolele despre transfer şi contratransfer, facem acest lucru în încercarea de a ajuta la clarificarea repunerilor în scenă regresive ale acestor paradigme, care sunt întotdeauna extrem de pătimaşe şi destructurează adesea trăirea unei realităţi comune, atât pentru pacient, cât şi

pentru terapeut. Năzuim să oferim aici un limbaj al unor categorii mai larg delimitate, prin care terapeutul poate încerca să redobândească un oarecare simţ al echilibrului psihic, pentru a se structura şi poziţiona cu o anume limpezime în arşiţa momentului de transfer–contratransfer. Totuşi, acestea sunt numai puncte de referinţă şi le oferim pe deplin conştiente că vor lua forme diferite în dialoguri terapeutice diferite. Sperăm că cititorii noştri le vor utiliza ca atare, fără să apeleze la o reificare a acestor categorii care ar putea duce la o abordare oarecum reducţionistă a călătoriei fascinant de creative pe urma experienţei născute din psihanaliză.

Într-o manieră similară, prin folosirea unor termeni ca „sinele copil“ şi „sinele adult” nu sugerăm o nouă structură a psihicului, ci, mai degrabă, imaginile cele mai ilustrative la care putem apela pentru a descrie repunerea în scenă regresivă a anumitor aspecte disociate traumatic ale reprezentărilor sinelui şi obiectelor interne care se pot transfera cu o rapiditate uluitoare între pacient, ca subiect şi

obiect, şi terapeut ca subiect şi obiect. Din experienţa noastră, acele personaje specifice (precum „copilul abuzat“, „adultul abuzator”, „salvatorul idealizat“ şi „părintele indiferent şi neglijent”) sunt arhetipurile care structurează cel mai adesea universul disociat al sinelui şi obiectelor interne în cazul copilului traumatizat sexual şi interferează, imprevizibil, cu înţelegerea de către pacientul adult a relaţiilor sale interpersonale din prezent. Nu abordăm practica noastră ca pe o căutare a unor asemenea prototipuri preconcepute, dar este o realitate că le-am văzut pe aceste personaje punând stăpânire pe pacientele noastre şi pe noi, pendulând înainte şi înapoi şi făcând acest lucru cu o oarecare regularitate, în ciuda diferenţelor izbitoare dintre pacientele şi terapeutele în cauză. Aceste *persona* sar uneori în afara procesului de transfer–contratransfer şi umplu spaţiul terapeutic cu prezenţa lor inconfundabilă. Alteori îşi fac simţită prezenţa în maniere mai subtile şi mai insidioase: alegerea unui cuvânt sau a unei expresii, o sclipire în ochi, un tic sau un gest specific atribuit la un moment dat unei persoane importante din viaţa pacientei şi care acum vine din profunzimile sinelui, aşa cum ocupă ea cadrul terapeutic, sau din interiorul, ocupat intern, al terapeutei, nebănuitoare şi luată pe neaşteptate.

Pentru scrierea acestei cărţi am dus lupte interminabile cu chestiunile

complexe de gen implicate în conceptualizările făcute de noi. Am avut în terapie atât pacienți, cât și paciente. Cu toate acestea, experiența noastră cu supraviețuitoare este cu mult mai bogată decât cea cu supraviețuitori, datorită, în mare măsură, credem noi, faptului că femeile încă reprezintă o majoritate semnificativă a celor care vin la terapie din cauza abuzurilor sexuale din copilărie. Este, de asemenea, o realitate,

deși adesea afirmată doar implicit, că cea mai mare parte a literaturii de specialitate dedicată abuzului sexual din care ne-am inspirat conține doar studii despre femei. Prin urmare, exemplele noastre clinice sunt cu precădere despre femei și, în marea majoritate a cazurilor, ne referim la pacienții noștri cu pronumele feminin. Nu intenționăm în niciun caz să subestimăm moștenirile traumatice ale atâtor băieți care au fost victime ale abuzurilor sexuale și care solicită constant terapie de orientare psihanalitică. Deși considerăm că multe dintre formulările și recomandările noastre se vor dovedi utile în terapia pacienților bărbați, suntem totuși conștiente că literatura de specialitate actuală sugerează unele diferențe în modul în care bărbații și femeile gestionează traumele sexuale din copilărie (Gartner, 1993). Privim, prin urmare, cu un grad diferit de încredere modul în care conceptualizările noastre se aplică bărbaților, conștiente că o înțelegere mai aprofundată a supraviețuitorilor de sex masculin necesită cercetări empirice și clinice suplimentare.

Știm, de asemenea, că abuzul sexual din copilărie nu este un fenomen unitar, ci cuprinde mai degrabă o gamă de activități sexuale, grade de violență, vârstă a debutului și încheierii, durată și relații dintre victimă și abuzator. Supraviețuitoarele adulte cu care lucrăm în general au fost abuzate sexual vreme de mai mulți ani în copilărie. Abuzul a început adesea când erau foarte mici, între 3 și 7 ani, și s-a extins frecvent până la adolescență. Acțiunile abuzive tind să fie grave, incluzând violul, sodomizarea, felația, cunnilingusul, penetrarea digitală a organelor genitale ale copilului și masturbarea reciprocă a victimei și abuzatorului. Abuzatorii sunt de regulă rude apropiate — mame, tați, unchi, bunici, frați. Multe dintre pacientele

noastre au dezvăluit abuzul cel puțin unei alte persoane când erau copii. În marea majoritate a cazurilor au fost ignorate, au fost tratate cu neîncredere sau, într-un fel sau altul, respinse. Este deci, limpede, că avem în terapie un

eşantion particular din lumea supravieţuitorilor abuzului sexual, dar este totuşi un eşantion compatibil cu adulţii supravieţuitori din alte categorii clinice (Briere, 1989; Jehu, 1988).

Pentru păstrarea confidenţialităţii foştilor şi actualilor pacienţi, le-am atribuit pseudonime. Vinietele clinice din această carte sunt colaje bazate pe experienţele mai multor paciente diferite. În toate cazurile am ascuns cu atenţie detaliile care ar fi putut duce la identificarea lor.

Cele mai importante lucrări psihanalitice despre terapia supravieţuitorilor adulţi ai abuzului sexual din copilărie (Kramer şi Akhtar, 1991; Levine, 1990; Shengold, 1989) au fost scrise cu precădere din perspectiva clasică, în care sechelele traumei timpurii sunt încapsulate într-un model psihopatologic pulsiune/structură. Terapia este conceptualizată într-un model individual, cu interesul concentrat pe conţinuturile şi procesele intrapsihice ale pacientului. Cartea noastră, pe de altă parte, este scrisă dintr-o perspectivă relaţională şi ancorează consecinţele abuzului sexual din copilărie într-un model psihopatologic în care cheia se află în internalizarea relaţiilor timpurii. Astfel, această carte oferă o perspectivă psihanalitică a terapiei adulţilor supravieţuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie, care este încastrată în teoriile relaţionale contemporane şi, prin urmare, oferă o abordare destul de diferită de cele ale altor lucrări psihanalitice despre acest subiect.

Există multe lucrări non-psihanalitice despre terapia adulţilor supravieţuitori

ai abuzurilor sexuale din copilărie (Briere, 1989; Courtois, 1988; Herman, 1981, 1992; Jehu, 1988; Russell, 1986). Acestea au contribuit cu multe informaţii epidemiologice cu privire la frecvenţa şi natura abuzului sexual din copilărie. Au furnizat şi informaţii preţioase cu privire la simptomele obişnuite şi sechelele traumei sexuale timpurii şi au sugerat abordări terapeutice care variază de la comportamentală la cognitivă şi la o combinaţie eclectică de abordări psihodinamice, cognitive şi comportamentale. În mod evident, cartea noastră este diferită de acestea prin aceea că oferă o perspectivă pur psihanalitică.

Structura cărţii

Capitolul 1 tratează istoria gândirii psihanalitice pe tema traumei psihologice

şi a abuzului sexual din copilărie. Începând cu Freud şi Sandor Ferenczi, oferim în acest capitol modele ale traumei din patru perspective psihanalitice: clasică, a psihologiei Eului, a relaţiilor cu obiectul şi a psihologiei Sinelui. Noi avem convingerea că gândirea psihanalitică despre traumă trebuie lărgită printr-o înţelegere a traumei psihice şi a contribuţiilor din domeniul empiric al abuzului sexual. Aşadar, Capitolul 2 trece în revistă sechelele de dezvoltare, cognitive, afective, ale experienţei cu propriul sine, relaţionale şi comportamentale ale traumei, aşa cum sunt descrise în literatura pe tema traumei psihice. Acest capitol tratează şi descoperirile epidemiologice esenţiale din literatura empirică pe subiectul abuzului sexual. Capitolul 3 oferă propriul nostru model integrativ al abuzului sexual din copilărie, în care discutăm despre sechelele şi terapia supravieţuitorilor adulţi dintr-o

perspectivă psihanalitic relaţională, bine documentată de literatura de specialitate pe tema traumei şi abuzului sexual. Capitolele 1–3 pregătesc astfel terenul pentru discutarea unor chestiuni terapeutice specifice acestor pacienţi.

Disocierea este amprenta specifică a traumei. În Capitolul 4 vom discuta despre disociere din perspectivă teoretică şi fenomenologică şi vom aborda în detaliu implicaţiile clinice ale terapiei cu pacienţi pentru care disocierea este un mod semnificativ de comunicare, de apărare şi de adaptare. În acest capitol trecem în revistă şi diferenţele dintre amintirile traumatice disociate şi ceea ce mass-media actuală a ajuns să numească „amintiri refulate ale abuzului". Prin aceasta sperăm să ajutăm la clarificarea unor neînţelegeri care stau la baza acestei controverse.

Secretul este o altă caracteristică specifică traumei, abuzul sexual al copiilor fiind cel mai adesea complet îngropat în tăcere. Dezvăluirea abuzului din trecut este un punct critic în vindecarea acestor pacienţi. Astfel, este esenţial ca terapeuţii să ştie cum pot facilita cât mai bine dezvăluirea traumelor sexuale din trecut. Capitolul 5, aşadar, tratează dezvăluirea şi discută şi despre modurile probabile în care se reactualizează amintirile traumatice. Foarte frecvent, aceste amintiri nu revin în forma simbolică, picturală, cu care suntem obişnuiţi, ci, mai degrabă, hărţuiesc şi copleşesc pacientul sub forma amintirilor corporale, flash-back-urilor, viselor şi altor fenomene perturbatoare.

Chiar mai distructiv, în unele moduri, decât abuzul sexual propriu-zis, este atacul tipic asupra simţului realităţii victimei, care se află încapsulat în trauma sexuală timpurie. Capitolul 6 descrie perturbarea pe termen lung a capacităţii

supravieţuitoarei adulte de a testa realitatea şi discută predilecţia sa obstinantă de a se îndoi de propriul ei simţ al realităţii şi de a conserva legături relaţionale internalizate prin distorsionarea realităţilor interne şi externe din prezent. Şi aici sperăm să oferim o abordare diferită de cea care consideră reamintirea şi abreacţia ca unicul factor curativ în terapie.

Terapeuţii care lucrează cu supravieţuitori ai traumelor timpurii consideră adesea că lucrul cel mai perturbator este panoplia impresionantă de comportamente violente, şocante, autodistructive în care se implică adeseori aceşti pacienţi. Deoarece continuitatea funcţiilor de conţinere şi interpretare ale terapeutului este crucială în faţa gesturilor autodistructive, Capitolul 7 este dedicat unei discuţii amănunţite a două chestiuni extrem de dificile: erotizarea fricii şi autodistructivitatea compulsivă.

Adevărata muncă terapeutică se înfăptuieşte în cadrul transferului şi contratransferului psihanalitic. Aici, în cadrul pardigmelor relaţionale evocate şi puse în scenă în terapie, lumea internalizată a reprezentărilor traumatogene ale sinelui şi obiectelor interne ale pacientului va prinde viaţă acolo unde ele pot fi observate, puse în joc în spaţiul tranziţional al terapiei şi, în cele din urmă, explicitate. Datorită importanţei transferului şi contratransferului, dedicăm trei capitole acestui domeniu al terapiei. Capitolul 8 discută impactul traumei asupra dezvoltării şi exprimării transferului şi contratransferului. Examinăm aici efectul experienţelor dezorganizate, nesimbolizate ale pacientei; folosirea disocierii ca mecanism de adaptare, de apărare şi ca mijloc de comunicare; rezultatul constelaţiei defensive generale a

pacientei, în special punerea în act şi identificarea proiectivă; şi, în sfârşit, impactul atitudinii faţă de traumă sau experienţei personale a terapeutului cu aceasta şi a propriului transfer în ceea ce priveşte concepţiile psihanalitice mai tradiţionale. În Capitolul 9 discutăm despre opt poziţii relaţionale specifice care apar în tratamentul acestor paciente: părintele nonabuziv, dar care nu se implică şi respinge; copilul nevăzut, neglijat; abuzatorul; abuzatul; salvatorul omnipotent; copilul dependent şi uneori revendicativ; seducătorul;

sedusul. Considerăm că terapeutul şi pacienta vor pune fiecare în scenă, iar şi iar, fiecare dintre aceste poziţii relaţionale în diferite momente ale călătoriei terapeutice. Încheiem discuţia despre transfer şi contratransfer în Capitolul 10, cu o amplă vinietă clinică, ilustrând ideile expuse în cele două capitole anterioare.

Capitolele 11 şi 12 sunt dedicate unui rezumat şi unei descrieri mai amănunţite a modelului terapeutic pentru adulţii supravieţuitori ai abuzului sexual din copilărie. În Capitolul 11, reluăm elementele constitutive ale modelului nostru terapeutic: conţinerea, recuperarea şi dezvăluirea amintirilor traumatice şi ale elaborărilor fantasmate; simbolizarea şi codificarea amintirii şi experienţei; integrarea sistemelor sinelui şi obiectelor interne disociate şi a altor apărări care distorsionează realitatea; internalizarea noii relaţii cu obiectul descoperite în cadrul terapiei. Capitolul 12 este dedicat unei discuţii a implicaţiilor teoretice şi clinice ale modelului nostru. Am inclus aici reflecţii despre interacţiunea terapeutică dintre iluzie şi realitate; concepte tradiţionale de abstinenţă şi neutralitate în terapia victimelor abuzului şi caracterul patogen al identificării proiective la copiii abuzaţi şi

importanţa ei în terapia supravieţuitoarelor adulte. Încheiem cu o reconsiderare a locului dinamicii oedipiene în dezvoltarea psihologică şi oferim opiniile noastre cu privire la poziţia terapeutică ce derivă din această reconsiderare.

Îl încurajăm pe cititor să privească această lucrare nu ca pe un produs finit, ci ca pe o escală într-un dialog permanent cu privire la terapia acestei categorii importante de pacienţi. Facem această invitaţie în spiritul deschiderii şi cu intenţia de a stimula dezacordul şi dezbaterea, atât între psihanalişti cât şi între psihanalişti şi specialişti din alte domenii, asistenţă socială, psihologie şi psihiatrie. Sperăm să ridicăm aici cel puţin tot atâtea întrebări pe cât cele la care răspundem şi sperăm ca acest lucru să ducă la un dialog profesional care să contureze o cale sănătoasă, intelectual şi clinic, între tăcerea ignorantă a trecutului şi cacofonia cam asurzitoare a prezentului.

Vă rugăm, aşadar, să ne însoţiţi în călătoria noastră pe un drum fără îndoială extrem de dificil. Deşi putem, cu siguranţă, să oferim pe parcurs unele repere şi asigurări, pornim în fiecare călătorie pe deplin conştiente că nicio experienţă nu va fi la fel şi că nu există doi terapeuţi care să aibă sentimentul

că au parcurs acelaşi drum. Singurul adevăr care ne călăuzeşte corect prin inevitabilele momente întunecate ale activităţii noastre este convingerea intimă că acele copilării marcate de un abuz traumatic îşi vor pune amprenta unei astfel de traume timpurii asupra trăirilor de transfer–contratransfer atât ale pacientului, cât şi ale terapeutului. Ne agăţăm astfel de speranţa că în momentele noastre cele mai dezorganizate, disperate şi înfierbântate (la fel ca şi în cele mai glorioase şi omnipotente experienţe de salvare

şi alinare) nu ne-am confruntat cu obstacole insurmontabile în calea succesului terapeutic, ci cu un drum care ne poate oferi acces nelimitat la lumile sinelui şi obiectelor interne, disociate şi altfel inaccesibile, ale adultului supravieţuitor al abuzului sexual traumatic din copilărie.

CAPITOLUL 1

Trauma și abuzul sexual din copilărie din perspectivă psihanalitică

De-a lungul istoriei sale, psihanaliza s-a străduit să decidă ce importanţă să acorde rolului traumei reale din copilărie, în special abuzului sexual, în geneza şi terapia psihopatologiei adulţilor. Precum societatea mai largă, psihanaliza a descoperit, a negat, a redescoperit, a negat din nou şi în prezent descoperă încă o dată importanţa traumei sexuale din copilărie ca factor etiologic în psihopatologia de mai târziu. Cu toate acestea, chiar şi atunci când teoreticienii psihanalizei au căzut de acord că trauma reală timpurie este un important fenomen patogen, s-au contrazis asupra felului în care evenimentele traumatice sunt internalizate de către copil şi exprimate de către pacientul adult. Astfel, modelele terapeutice sunt extrem de diferite. În acest capitol vom trece în revistă teoriile psihanalitice istorice şi contemporane cu privire la trauma psihică, şi în special la abuzul sexual din copilărie. O prezentare exhaustivă a acestui subiect poate fi găsită în altă parte (Wolf şi Alpert, 1991). Aici vom oferi o secţiune transversală reprezentativă a teoriilor gânditorilor majori ai psihanalizei.

Sigmund Freud și teoria seducției

Orice cercetare psihanalitică a abuzului sexual din copilărie trebuie să înceapă cu elaborarea şi abandonarea ulterioară de către Freud a teoriei seducţiei, paradigmă ce afirmă că nevroza isterică este urmarea seducţiei sexuale timpurii. Deşi

nu a respins niciodată complet ideea caracterului patogen al seducţiei din copilărie, Freud a mutat accentul dinspre teoria seducţiei către complexul Oedip, pe care şi-a bazat afirmaţia că nevrozele sunt încorporate etiologic în fantasmele inconştiente ale pacientului de psihanaliză. Fantasma a înfrânt realitatea ca legătură cauzală către nevroză, iar scena a fost pregătită pentru ca Freud şi succesorii săi să interpreteze relatările abuzurilor sexuale timpurii ca fantasme produse de dorinţele inconştiente din copilărie ale pacientei adulte. Astfel, încă de la început, renunţarea lui Freud la teoria seducţiei a îndepărtat atenţia psihanalitică de la o conceptualizare a nevrozelor concentrată pe rolul central al evenimentelor şi relaţiilor *reale* din copilărie.

De-a lungul anilor, biografii lui Freud şi alţi autori psihanalitici au prezentat opinii polarizate cu privire la semnificaţia abandonării teoriei seducţiei. Unii (Gay, 1988; Jones, 1961; McGrath, 1986) o consideră o realizare remarcabilă emanată din autoanaliza riguros de exigentă a lui Freud. Alţii (Krull, 1986; Masson, 1984; Miller, 1984) se opun, spunând că abandonarea teoriei seducţiei a condus la o invalidare nefericită a unei experienţe importante din copilărie. Mai mult decât atât, ei sugerează că renunţarea a fost provocată în primul rând de factori idiosincrasici din viaţa şi psihicul lui Freud. Noi am ales să nu ne angajăm în polemica aprinsă cu privire la motivele respingerii de către Freud a teoriei seducţiei. Deşi analizele psihobiografice ale acestor chestiuni sunt fascinante şi oferă insight-uri interesante în viaţa personală şi în sufletul lui Freud, controversa amară produsă de speculaţiile pe tema *motivelor* pentru care a respins el teoria seducţiei distrage de la analiza

serioasă a consecinţelor acestei retractări. La acest moment considerăm că este mai pertinent să trecem în revistă argumentele lui Freud însuşi pentru şi împotriva teoriei seducţiei.

Pe 21 aprilie 1896, Freud a prezentat teoria seducţiei într-o conferinţă la Societatea de psihiatrie şi neurologie din Viena. Lucrarea sa, *Despre etiologia isteriei*, avea la bază terapia cu 18 isterice şi expunea teoria sa cu privire la cauzele tulburării. Concluzia lui Freud era că „la baza fiecărui caz de isterie se află una sau mai multe experienţe sexuale timpurii aparţinând celei mai fragede copilării" (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 75). Freud credea cu tărie în această teorie elaborată pe baze clinice, fapt demonstrat de concluziile lucrării:

„Înconjurat de obiecţii şi neîncredere, doresc să emit teoria mea împreună cu o recomandare. Indiferent ce veţi crede despre rezultatele mele, îmi permiteţi să vă rog să nu le luaţi drept fructe ale unei speculaţii ieftine. Ele se sprijină pe studii de caz minuţioase, care au reţinut de cele mai multe ori sute de ore de muncă." (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 94)

În numai un an şi jumătate, Freud s-a răzgândit şi a repudiat teoria seducţiei într-o scrisoare către Fliess scrisă pe 21 septembrie 1897 (în Masson, 1985): „Dă-mi voie să-ţi spun numaidecât marele secret care s-a aşternut asupra mea în ultimele luni. Nu mai cred în teoria mea despre nevroză". (p. 264) În această scrisoare Freud menţionează mai multe motive ale respingerii teoriei

seducţiei. În primul rând spune că trebuie să se îndoiască de validitatea ei, deoarece analizele

istericelor nu avuseseră un succes deplin şi pentru că succesele parţiale puteau fi explicate şi fără referire la teoria seducţiei. În al doilea rând, Freud se îndoia de frecvenţa abuzurilor sexuale din copilărie pe care le implica teoria lui. În al treilea rând, după cum i-a spus lui Fliess, deoarece nu există o reprezentare a realităţii în inconştient, era posibil ca pacienta să ţească fantasme în care părinţilor li se atribuie roluri de agresori. În sfârşit, Freud afirmă că nici măcar în psihoze amintirile inconştiente nu ajung în conştient. Prin urmare, se îndoia că, în terapie, amintirile inconştiente ale unor evenimente reale ar fi putut străpunge mecanismul de cenzură al conştientului.

Haideţi să analizăm critic argumentele lui Freud cu privire la răzgândirea sa. În primul rând, analizele multor paciente, abuzate sexual sau nu, se încheie prematur dintr-o multitudine de motive. Mai mult decât atât, nu este ceva neobişnuit ca o pacientă să întrerupă terapia sau să vrea să facă acest lucru atunci când se confruntă cu amintirile unui abuz. Când o pacientă începe să-şi amintească şi să împărtăşească amintirile unui abuz sexual, realitatea abuzului loveşte adesea în plin. Până la acest punct al tratamentului, pacienta s-a străduit să nege realitatea abuzului şi luptă împotriva durerii de a şti cu adevărat, alungând amintirile într-o stare de înceţoşare. Multe supravieţuitoare doresc să abandoneze terapia atunci când nu se mai pot ascunde de realitatea traumelor lor. La momentul respectiv, plecarea pare mai acceptabilă decât îndurarea suferinţei pe care le-o aduc amintirile. În plus, amintirile, afectele asociate şi elaborările în fantasmă sunt activate şi repetate în procesul transferenţial, astfel încât pacienta se simte în fapt abuzată în

terapie. În 1896, însuşi Freud a discutat despre marea suferinţă pe care o simte supravieţuitorul la reamintirea detaliilor abuzului:

„Ei suferă cele mai vii senzaţii, de care se ruşinează şi pe care încearcă să le ascundă, în timp ce evocă în conştiinţă aceste experienţe infantile şi, după ce au mai trecut prin ele într-un mod atât de convingător, ei încă încearcă să vă interzică să credeţi în ele." (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 76)

Se mai poate presupune şi că unele dintre pacientele lui Freud au părăsit

analiza din cauza fenomenelor transferenţiale intense provocate de reamintirea abuzurilor sexuale timpurii. Analiza constantă cu un terapeut bărbat, de vârstă şi statut social asemănătoare cu cele ale abuzatorului — poate chiar o cunoştinţă a acestuia — se poate să fi trezit un transfer în care pacienta se aştepta ca Freud să repete abuzul sau să o trădeze împărtăşindu-i abuzatorului amintirile ei. Mai mult decât atât, în acest punct al carierei sale, Freud încă apela la atingerea fizică a pacienţilor săi, făcându-le masaj sau punându-le mâinile pe cap. Este uşor să ne imaginăm o pacientă supravieţuitoare a unui abuz sexual din copilărie care fuge de analistul care ocazional o atinge în timpul terapiei şi asupra căruia a transferat aşteptări provenite din experienţele ei de abuz. La momentul respectiv, Freud nu ajunsese la înţelegerea deplină a transferului şi este posibil să-i fi scăpat neobservate manifestări transferenţiale negative (sau pozitive, în special transmise într-o manieră erotică), mai ales dacă pacienta nu le verbaliza.

Deşi toate acestea sunt supoziţii, ele pot fi explicaţii plauzibile pentru

încheierea prematură a terapiei sau succesele parţiale ale tratamentului. Limpede este că încheierile premature şi analizele incomplete nu sunt incompatibile cu menţinerea adeziunii la teoria seducţiei.

În al doilea rând, Freud i-a scris lui Fliess că a ajuns să-şi respingă teoria deoarece aceasta implica o frecvenţă improbabilă a abuzului sexual în copilărie. Din nou Freud anticipase această critică în lucrarea lui din 1896, în care afirma: „Copiii noştri sunt supuşi mult mai frecvent asalturilor sexuale, în timp ce ne-am putea aştepta la mai puţine, luându-ne după măsurile de prevedere ale părinţilor." (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 79) Deci, în 1896, Freud putea crede că copiii erau frecvent victime ale abuzurilor sexuale. În 1897 se îndoia de această ipoteză. De ce?

Parte din răspunsul la această întrebare este că Freud nu avea nicio cale de validare empirică a frecvenţei abuzului sexual în Viena victoriană. Ca tată burghez, se pare că nu putea concepe că atât de mulţi copii erau abuzaţi încât să justifice frecvenţa apariţiei isteriei în acele vremuri, mai ales dacă se presupunea că istericii reprezentau numai o anumită proporţie a universului copiilor abuzaţi sexual. Având în vedere că abia în anii ’80 excelente studii empirice (Russell, 1986; Wyatt, 1985) au generat rate de incidenţă a abuzului sexual în copilărie la 38% dintre femeile americane, putem înţelege reticenţa

lui Freud de a accepta frecvenţa abuzului sexual din copilărie implicat de incidenţa isteriei.

În cel de-al treilea argument al său împotriva teoriei seducţiei, Freud a oferit ceea ce a devenit mai târziu piatra de temelie a noii lui teorii despre nevroze. El a sugerat că pacientele lui isterice fantasmaseră abuzurile din copilărie, plasându-şi

părinţii în rolul agresorilor. Când prezentase lucrarea din 1896, Freud anticipase critica conform căreia relatările despre abuzul sexual din copilărie erau fantasme şi oferise acolo şi un contraargument: „În primul rând, atitudinea bolnavilor în timp ce reproduc aceste experienţe infantile este după toate judecăţile, incompatibilă cu concepţia că ele ar fi resimţite altfel decât dureros şi că ele ar fi altceva decât nişte realităţi reamintite cu neplăcere." (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 76)

Această perspectivă este în deplină concordanţă cu propriile noastre experienţe cu paciente care dezvăluie detalii ale abuzului sexual. De fapt, fantasma predominantă exprimată de ele este că abuzul sexual nu a fost chiar atât de grav pe cât sună sau că abuzatorul, adesea un părinte sau o altă rudă apropiată, nu era atât de mânat de propriul interes pe cât o arată amintirile. Deoarece acceptarea realităţii abuzului este adesea echivalentă cu acceptarea faptului de a fi fost abandonată de un părinte iubit cu disperare, un părinte de care avea nevoie, pacienta se protejează de durerea acelei realităţi fantasmând un mediu timpuriu mai puţin îngrozitor. Freud a susţinut această idee în lucrarea din 1896, când spune:

„Mai există însă şi o întreagă serie de alte garanţii pentru realitatea scenelor sexuale infantile. În primul rând, uniformitatea acestora în ceea ce priveşte anumite particularităţi, aşa cum trebuie să rezulte din uniformitatea precondiţiilor în care revine experienţa — altfel ar trebui să considerăm drept plauzibile nişte înţelegeri secrete între pacienţi. Apoi, că bolnavii le descriu ca întâmplări inofensive a căror semnificaţie ei aparent nu o înţeleg, pentru că

altfel ar trebui să fie îngroziţi sau că ei le menţionează fără a pune vreun preţ pe aceste particularităţi, pe care le cunoaşte doar cel cu o experienţă de viaţă şi pe care doar el le poate aprecia ca trăsături caracteristice valabile ale realului." (*Opere esenţiale*, vol. 6, p. 77)

Atunci, în 1896, Freud a făcut tot ce i-a stat în putere să demonstreze că relatările pacientelor sale despre abuzuri sexuale nu puteau reprezenta un material fantasmat şi a furnizat dovezi convingătoare în sprijinul afirmaţiilor sale. În 1997 se răzgândise şi cu privire la acest aspect, în parte din cauza faptului că autoanaliza sa îi dezvăluise faptul că fantasmele sunt puternici organizatori ai psihicului.

În sfârşit, Freud s-a îndoit de validitatea teoriei seducţiei deoarece, spunea el, este improbabil ca amintirile precise ale copilăriei reale să ajungă vreodată în conştient. Dacă până şi psihoticii menţin conservarea cenzurii amintirilor reale, atunci, cu certitudine, terapia analitică nu poate inversa acel proces de cenzură pentru a elibera amintirile reale. Mulţi clinicieni din ziua de azi nu vor pretinde apariţia unor amintiri exacte, verificabile, pentru a crede adevărurile esenţiale cuprinse în relatările pacienţilor despre evenimentele copilăriei. Se poate ca un pacient să relateze o experienţă de abuz care este o amintire combinată a mai multor episoade în care a fost victimă, amintire impregnată cu elaborări în fantasmă ale traumei reale. Amintirea este inexactă, dar abuzul este un fapt. Prin urmare, nu credem că incapacitatea pacientului de a reproduce cu acurateţe amintiri exacte ale copilăriei cerea abandonarea teoriei seducţiei.

Vedem apoi că Freud a parcurs un drum lung în cele 18 luni dintre prezentarea teoriei seducţiei în 1896 şi renunţarea la ea în 1897. La momentul la care conflictul oedipian a fost instaurat ca ascendent central al nevrozei, Freud închisese cercul. Teoria seducţiei se baza pe validarea experienţelor din copilărie ale pacientului cu persoane reale; îi incrimina pe adulţii care îşi foloseau copiii pentru satisfacerea propriilor nevoi narcisice. În schimb, conflictul oedipian susţinea că abuzul sexual din copilărie era o fantasmă provocată de dorinţe sexuale inconştiente din copilărie; îi proteja pe părinţi cu preţul realităţii pacientului. Teoria seducţiei se baza pe date clinice obţinute de la pacienţi reali. Teoria elaborată în jurul conflictului oedipian nu era izvorâtă din material clinic, ci, mai degrabă, din interpretări pe care Freud le făcuse în cursul autoanalizei sale (Gay, 1988).

Dacă Freud nu ar fi respins teoria seducţiei, ar fi putut explica în continuare rolul tuturor tipurilor de abuz din copilărie în problemele psihice de la maturitate. Abuzul copilului capătă multe forme — fizic, sexual, emoţional

sau orice combinaţie între acestea. Atât mamele cât şi taţii comit abuzuri şi copilul victimizat devine adesea un adult cu probleme psihice grave, inclusiv fenomenele de disociere remarcate la istericele lui Freud. În loc să extindă teoria seducţiei pentru a explica toate tipurile de traume din copilărie, Freud a înlocuit-o cu teoria psihosexuală şi, prin aceasta, s-a îndreptat aproape exclusiv către tărâmul fantasmei pentru explicarea psihopatologiei adulte. Mai mult, a emis pentru descendenţii lui profesionali un edict care făcea problematică critica la adresa acestui puternic tată transferenţial. Ştim că Freud nu tolera niciun disident serios cu păreri diferite de ale lui,

respingând şi excluzând din „familie" adepţi precum Adler şi Jung, care îndrăzniseră să pună la îndoială aspecte majore ale teoriei freudiene. În cea mai mare parte, psihanaliza a păstrat pentru multă vreme tăcerea cu privire la trauma sexuală timpurie. Au existat totuşi excepţii şi Sandor Ferenczi se remarcă drept unul dintre primii susţinători constanţi ai importanţei abuzului sexual din copilărie în psihopatologia adultului.

Sandor Ferenczi

Ferenczi, care are în prezent parte de o reabilitare universală, s-a remarcat printre membrii cercului restrâns al lui Freud, prin faptul că a rămas devotat unei viziuni a patologiei, centrate pe semnificaţia etiologică a traumei sexuale din copilărie. Tenacitatea l-a costat acceptarea lui Freud şi poziţia în comunitatea psihanalitică timpurie.

Elev, analizand şi, după spusele lui Fliess, cel mai bun prieten al lui Freud, Ferenczi şi-a periclitat relaţia cu Freud şi preţuirea în cadrul comunităţii psihanalitice promovându-şi convingerea că trauma sexuală timpurie era ceva obişnuit, asociată frecvent cu psihopatologia adultului. În lucrarea sa inovatoare, *Confusion of Tongues Between Adults and the Child* (1932), Ferenczi a validat realitatea abuzului sexual din copilărie, a descris elocvent impactul său asupra copilului victimă şi a adultului supravieţuitor şi, prin aceasta, a atacat poziţia lui Freud care considera fantasmele erotice ca bază a psihopatologiei. Ferenczi spune:

„Niciodată trauma, în special trauma sexuală, ca factor patogen nu poate fi luată în seamă suficient. Chiar şi copiii din familii foarte respectabile, de un

puritanism sincer, cad victime violenței reale sau violului cu mult mai des decât ar îndrăzni cineva să presupună. Este vorba fie de părinți care încearcă să găsească, în această manieră patologică, o gratificare de substitut pentru frustrările lor, fie este vorba despre persoane considerate de încredere (unchi, mătuși, bunici), guvernante sau servitori, care profită de neștiința și inocența copilului. (…) Violul concret al unor fete abia trecute de vârsta creșei, acte sexuale similare ale unor femei mature cu băieți, precum și acte homosexuale forțate sunt incidente cu mult mai frecvente decât s-a presupus până în momentul de față." (p. 201)

În plus față de validarea realității abuzului sexual din copilărie, Ferenczi a menționat unele consecințe patologice ale traumei sexuale timpurii: identificarea cu agresorul, vină și rușine pervazive, disfuncții sexuale și perversiune, precum și clivajul profund al Eului asociat cu disocierea. În această lucrare, Ferenczi și-a exprimat limpede credința că psihanaliza s-a îndepărtat prea mult de la creditarea importanței etiologice a traumei reale în psihopatologia ulterioară atunci când a spus: „Prin aceasta mă refer la accentul recent, mai puternic, pe factorii traumatici în patogeneza nevrozelor, care au fost neglijați pe nedrept în ultimii ani. O explorare insuficient de profundă a factorului exogen duce la pericolul de a apela prematur la explicații — adesea prea simpliste — în termeni de «predispoziție» și

«constituție»." (p. 196)

Ferenczi și-a citit lucrarea la Congresul Internațional de Psihanaliză de la Wiesbaden, Germania, în septembrie 1932. Prin aceasta s-a înstrăinat de comunitatea psihanalitică și a provocat o ruptură ireconciliabilă de Freud. Atacul asupra lui Ferenczi a fost atât de dur, încât părerile lui au fost puse public pe seama presupusei lui căderi psihice. În schimb, publicarea de către Judith Dupont a cărții *The Clinical Diary of Sandor Ferenczi* (1988) ne prezintă o persoană în deplinătatea facultăților mentale și extrem de sensibilă față de adaptarea psihologică și psihopatologia rezultată de acolo a traumei sexuale din copilărie.

Pe parcursul jurnalului, Ferenczi discută efectele devastatoare ale abuzului sexual din copilărie, luptându-se neoficial cu ideile pe care le rezumase în lucrarea din 1932. Citindu-i jurnalul suntem tot timpul uluiți de asemănarea dintre descrierile făcute de Ferenczi pacientelor sale și ceea ce vedem în

propriile cabinete. În plus față de înțelegerea profundă a sechelelor psihice ale seducțiilor reale, Ferenczi era și perfect conștient de caracterul central al privațiunii materne, inerent în multe dintre abuzurile sexuale, mai ales în incest. El spune: „Dar lucrul cel mai înspăimântător dintre toate este atunci când amenințarea tatălui se corelează cu dezertarea simultană a mamei" (p. 18) și continuă prin a descrie fragmentarea ulterioară a Eului provocată de eșecul mamei de a-și proteja copilul.

Considerațiile lui Ferenczi cu privire la recuperarea amintirilor și la abandonul emoțional matern nu sunt decât două dintre subiectele abordate cu sensibilitate într-un jurnal doldora de material clinic bogat și interesant din punct de vedere

teoretic cu privire la consecințele și terapia abuzului sexual din copilărie. Noi, cei care lucrăm zi de zi cu adulți care au fost victime ale incestului și ale altor forme de abuz sexual în copilărie descoperim în persoana lui Ferenczi un analist care, cu mai bine de cincizeci de ani în urmă, înțelesese mult despre psihodinamica esențială și abordările terapeutice specifice în lucrul cu acest segment de pacienți. Cu toate acestea, prin felul în care l-au tratat pe Ferenczi, membrii primei instituții psihanalitice au instituit o interdicție cu privire la importanța dată abuzului sexual din copilărie, interdicție ce a dăinuit vreme de mulți ani. Puține au fost scrierile psihanalitice despre acest fenomen clinic, chiar până în zilele noastre. Lucrările psihanalitice despre trauma psihologică pot fi împărțite între patru școli de gândire: clasică, psihologia Eului, psihologia relațiilor cu obiectul și psihologia Sinelui.

Perspectiva psihanalizei clasice

Viziunea psihanalizei clasice asupra traumei este moștenitoarea directă a poziției lui Freud după care, chiar și atunci când există traume sexuale înainte de pubertate, semnificația lor rezidă în reactivarea în fantasmă a expunerii, formulate mai ales sadomasochist, la experiențe ale scenei primare. Pentru Freud și clasici, caracterul patogen al traumei nu rezultă nici din copleșirea Eului de către evenimente reale incontrolabile și nici din trădarea profundă a legăturilor relaționale, ci, mai degrabă, din regresia la fantasme sadomasochiste intense. Cu alte cuvinte, acțiunea patogenă este mai degrabă intrapsihică decât relațională.

Lucrarea lui Phyllis Greenacre (1949, 1950, 1967) reprezintă un punct

intermediar între gândirea lui Freud şi adepţii contemporani ai perspectivei clasice asupra traumei (Abend, 1986; Brenner, 1986; Dowling, 1986; Kramer şi Akhtar, 1991; Levine, 1990; Shengold, 1989, 1992). Asemenea lui Freud, Greenacre înţelege expunerea la scena primară ca reprezentând prototipul tuturor experienţelor traumatice. Patologia rezultă din regresia la fantasme sadomasochiste, mediate de expunerea la scena primară şi potenţate de experienţe sexuale prepuberale. După Greenacre, regresia la fantasme aparţinând nivelului preoedipian de organizare psihosexuală reprezintă cel mai semnificativ aspect al traumei sexuale prepuberale. Efectele evenimentelor traumatice concrete sunt minimalizate. Din păcate, în prezentarea mai multor exemple de cazuri clinice, Greenacre (1949) nu numai că nu reuşeşte să integreze efectele dezorganizatoare ale abuzului sexual direct descris, dar pare chiar să coreleze abuzul cu faptul că pacientele ei erau fetiţe foarte „seducătoare" şi, astfel, implicit, instigatori fără ştiinţă ai propriilor molestări.

Autori psihanalitici clasici mai aproape de zilele noastre citează afirmaţia lui Fenichel (1945) după care trauma nu este corelată cu nivelul de stimulare al individului. După Fenichel şi, mai târziu, Abend (1986), Brenner (1986), Dowling (1986) şi Shengold (1989, 1992), semnificaţiile conştiente şi inconştiente pe care pacientul le atribuie anumitor evenimente fac din acele evenimente unele traumatice. De exemplu, Brenner (1986) afirmă că „trauma, ceea ce este traumatic, este experienţa subiectivă a individului traumatizat. Trauma este ceea ce evenimentul a reprezentat pentru individ. Este impactul stimulilor externi, felul în care au amplificat fricile, au intensificat dorinţele sexuale şi agresive, au rezonat cu sentimentele de vină şi de

remuşcare. Toate acestea la un loc reprezintă ceea ce este, de fapt, un eveniment traumatizant psihic." (p. 203)

Leonard Shengold (1963, 1967, 1971, 1979, 1989), psihanalist clasic contemporan, utilizează expresia *uciderea sufletului* pentru a descrie experienţa fenomenologică a abuzului şi privaţiunii recurente. El îşi încapsulează construcţiile clinice într-o paradigmă a teoriei pulsiunii, în care discută nevoia pacientului de a se distanţa de emoţii, deoarece sentimentele ar putea conduce la fantasme şi, în cele din urmă, la amintiri traumatice legate

de ele, mai ales cele de factură oral-agresivă şi sadomasochistă. Înstrăinarea de propriile sentimente a victimei uciderii sufletului duce, spune Shengold, la o manifestare de pseudorelaţionare de tip „ca şi cum", ce reprezintă o deghizare a unei neîncrederi în oameni profund înrădăcinată, bazată pe o realitate trăită. Mai departe, Shengold sugerează că acceptarea analistului ca persoană distinctă, predominant binevoitoare, este un pas dificil care poate dura ani, marcaţi de testarea neobosită a constanţei psihanalistului. În plus faţă de dificultatea de a depăşi o lipsă profundă de încredere, Shengold arată că acceptarea terapeutului ca persoană fundamental diferită de îngrijitorii pacientului — ucigaşi ai sufletului — solicită pacientului să conteste şi, în cele din urmă, să renunţe la fantasma că aceştia erau de fapt iubitori şi generoşi emoţional. El spune: „Din punct de vedere experienţial, pacientul simte pericolul cumplit al pierderii psihice a părinţilor. (…) Iminenţa pierderii reînvie ceva din miezul anxietăţii traumatice a copilului (iar copilul terifiat este foarte viu în interiorul adultului): a fi singur şi copleşit de suferinţă şi suprastimulare, neajutorat într-o lume cumplită şi distructivă sau

indiferentă" (1989, p. 315).

Renunţarea la fantasma părintelui bun şi doliul după acesta este, aşa cum sugerează Shengold, problema centrală a terapiei cu foste victime. Când se întâmplă acest lucru, pacientul începe să simtă o furie şi o ură intense, care sunt înfricoşătoare şi de care s-a apărat prin izolare emoţională, fragmentare psihică, autohipnoză, negare şi perpetuarea relaţiilor bazate pe „supunere masochistă" (1989, p. 315).

Plecând de la lucrări mai vechi ale lui Fliess (1953) şi Dickes (1965), Shengold subliniază importanţa a ceea ce el numeşte „stări autohipnotice“ din viaţa psihică a adulţilor supravieţuitori ai uciderii sufletului. El consideră că stările autohipnotice îl eliberează practic pe pacient de povara responsabilităţii pentru ceea ce se spune şi se simte în timpul orei de terapie. Deşi păstrează un model pulsional clasic şi consideră autohipnoza „nevoia Eului de a se apăra de tensiunile pulsionale” (1989, p. 141), Shengold adaugă două perspective foarte importante conceptului de autohipnoză. El subliniază posibilitatea ca autohipnoza să fie folosită şi pentru a facilita descărcarea pulsională, fenomen care transcende funcţiile pulsiunii. Aici alterarea conştienţei este utilizată pentru a facilita o repunere în scenă traumatică — fie

în interiorul, fie în afara transferului — şi pentru a nega experienţa unei gratificări semnificative a impulsurilor libidinale şi agresive. În plus, Shengold descrie modul în care starea hipnotică poate atrage după sine o „suprainvestire concentrată a semnalelor perceptive“, care amplifică aşadar conştientizarea stimulilor periferici şi provoacă o stare de „vigilenţă hipnotică” (1989, p. 143). Deşi izvorăşte din nevoia

simultană de a se apăra de derivatele pulsiunii sau de descărcarea lor, şi de a le gratifica, procesul pare să amplifice involuntar sensibilitatea pacientului la o varietate de alte experienţe din cadrul relaţiei terapeutice.

Vedem, apoi, autori analişti clasici contemporani îndreptându-şi interesul către incest şi abuzul sexual din copilărie ca evenimente patogene importante. Cu unele diferenţe, majoritatea clasicilor consideră că impactul principal al traumei este localizat în organizarea intrapsihică, mediată de fantasmă, a pacientului. Terapia se realizează în cadrul analitic tradiţional în care interpretarea verbală predomină ca mod de comunicare între pacient şi analistul neutru, abstinent.

Perspectiva psihologiei Eului

O perspectivă psihanalitică contemporană alternativă asupra traumei, bazată tot pe formulările metapsihologice clasice, încorporează nu numai semnificaţia inconştientă a evenimentului traumatic, dar subliniază şi gradul în care Eul este copleşit şi îşi pierde funcţionalitatea din cauza stimulării excesive inerente traumei timpurii. Adepţii acestei viziuni a psihologiei Eului îi includ pe Cooper (1986), Anna Freud (1967), Furst (1967, 1986), Gediman (1991), Kramer şi Akhtar (1991), Krystal (1978, 1988) şi Levine (1990). Anna Freud (1967) pune bazele poziţiei la care subscriu reprezentanţii psihologiei Eului:

„Ca toată lumea, am avut până acum tendinţa să folosesc termenul de «traumă» într-un sens larg, dar de acum înainte îmi va fi mai uşor să evit

acest lucru. Ori de câte ori voi fi tentată să caracterizez drept «traumatic» un eveniment din viaţa unui copil sau a unui adult, îmi voi pune câteva întrebări suplimentare. Adică, dacă evenimentul a fost tulburător; dacă a fost important prin schimbarea cursului dezvoltării ulterioare; dacă a fost patogen. Sau chiar

vreau să spun traumatic în sensul strict al cuvântului, adică zguduitor, devastator, provocând un colaps intern prin întreruperea funcţionării şi medierii Eului?" (p. 242)

Aşa cum sugerează Anna Freud, în încercarea de a determina ceea ce este traumatic şi ce nu, autorii psihologiei Eului subliniază dezarmarea totală a Eului şi trăirea fenomenologică de neajutorare în faţa a ceea ce este perceput de individ drept un pericol de moarte. Mai mult decât atât, unii dintre aceşti autori fac diferenţa între evenimente pe care le consideră „aproape traumatice“ şi cele care reprezintă „traume catastrofice”. Primele sunt situaţii în care Eul este ameninţat, dar în cele din urmă mobilizează apărări extreme care conduc la nevroze sau patologii ale caracterului mai severe. În schimb, trauma catastrofică este definită de Krystal (1988) ca o „capitulare în faţa a ceea ce este perceput ca un pericol inevitabil, de origine externă sau internă“ (p. 154). El continuă să facă distincţia „aproape-traumă” şi trauma catastrofică:

„Evaluarea situaţiei ca fiind una de pericol inevitabil şi capitularea în faţa acestuia iniţiază procesul traumatic. Răspunsul afectiv la semnalul pericolului evitabil este frica, groaza sau anxietatea. Răspunsul afectiv la percepţia

pericolului inevitabil este reacţia catatonoidă." (p. 154)

În cadrul acestui model, abuzul sexual din copilărie reprezintă evident o traumă catastrofică, ce generează disfuncţionalităţi în toate zonele funcţionării Eului.

Un alt analist clasic contemporan care scrie despre abuzul sexual din copilărie şi adultul supravieţuitor este Howard Levine (1990). El subliniază constelaţia defensivă primitivă a supravieţuitorului adult al incestului şi menţionează importanţa disocierii la această categorie de pacienţi, spunând: „Din perspectivă diagnostică, poate fi util să considerăm că mulţi dintre aceşti analizanţi prezintă o organizare de Eu clivat, în care o parte a personalităţii nevrotică, mai sănătoasă, alternează cu sau este îngropată sub o parte a personalităţii mai impulsivă şi mai primitivă“ (p. 198). În plus, Levine este perfect conştient de faptul că severitatea traumei iniţiale generează paradigme intense de transfer–contratransfer în care, din cauza incertitudinii pacientului cu privire la graniţa dintre fantasmă şi realitate, „experienţa situaţiei analitice

devine trauma” (p. 199).

Levine creditează astfel realitatea copilăriei pacientului ca factor de bază în dezvoltarea fantasmelor patologice cu privire la sine şi celălalt care caracterizează relaţiile interpersonale ale pacientului adult, inclusiv cea cu terapeutul.

Selma Kramer (1990, 1991) urmează şi ea modelul terapeutic clasic pentru adulţii supravieţuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie. Kramer descrie decodarea somatică a evenimentelor traumatice, percepută de pacient ca amintiri corporale în

care abuzul sexual este retrăit ca şi cum s-ar întâmpla în prezent. În plus, ea subliniază problemele de separare şi individuaţie cu care se confruntă aceşti pacienţi şi poziţionează pretenţiile lor uneori îndreptăţite din cursul terapiei drept reiniţierea canalelor de dezvoltare îndelung blocate.

Psihologii Eului acordă, aşadar, mai multă greutate decât clasicii impactului evenimentelor reale, externe, asupra dezvoltării Eului copilului. În acelaşi timp, ei subliniază totuşi medierea intrapsihică a evenimentelor externe ca fiind esenţială în patologia ulterioară. La fel ca gânditorii clasici, clinicienii psihologiei Eului urmează cu pacienţii lor un model de terapie în esenţă tradiţional, verbal interpretativ. Ceea ce ni se pare insuficient abordat în modelul psihologiei Eului este gradul în care experienţele traumatice neverbalizate — gravate într-un nucleu primitiv de teroare inexprimabilă, ideaţie intruzivă şi senzaţii somatice — sunt blocate în psihicul pacientului, inaccesibile proceselor verbale autoreflexive şi examinării analitice tradiţionale.

Perspectiva teoriei relațiilor cu obiectul

Deşi ia în considerare dezarmarea Eului şi neajutorarea psihică în caracterul patogen al evenimentelor traumatice, perspectiva teoriei relaţiilor cu obiectul cu privire la traumă — adoptată de Fairbairn (1943), Kahn (1963, 1964), Kluft (1990b), Miller (1981, 1983, 1984), Scharff (1982), Steele (1986) şi sugerată de Balint (1979) şi Winnicott (1960a, 1960b) — subliniază mai ales faptul că trauma timpurie reprezintă trădarea copilului de către unul sau mai multe dintre obiectele timpurii

semnificative. Aici, teoreticienii relaţiilor cu obiectul se intersectează cu teoreticienii dezvoltării de orientare psihodinamică (Bowlby, 1969, 1973; Stern, 1985) în sublinierea importanţei legăturilor timpurii de ataşament faţă de obiectele semnificative. Astfel, în acest model teoretic, temele centrale nu sunt magnitudinea suprastimulării inerente abuzului sexual sau medierea fantasmată a evenimentului traumatic, ci gradul în care comportamentul abuziv, mai ales al părinţilor, reprezintă un abandon psihic şi o trădare profundă a copilului. În dezbatere se află importanţa relaţiei copilului cu un celălalt abuziv şi eşecul părinţilor de a proteja copilul vulnerabil de abuzul intruziv. Conform teoreticienilor relaţiilor cu obiectul, încercările copilului şi, mai târziu, ale adultului de a menţine legături relaţionale reale şi internalizate sunt acelea care generează simptome, în special disociere, şi patologie caracterială.

W. R. D. (Ronald) Fairbairn (1943), teoretician al relaţiilor de obiect din şcoala britanică independentă, a contribuit major la literatura psihanalitică pe tema sechelelor abuzului sexual din copilărie. El subliniază impactul relaţiilor reale asupra psihicului în curs de dezvoltare al copilului şi a scris convingător, bazat pe experienţa sa cu copii abuzaţi sexual, despre semnificaţia contactului exploatator cu persoanele de îngrijire. El a postulat faptul că relaţia cu un obiect rău nu este doar dureroasă, ci şi ruşinoasă pentru copil. Deoarece relaţiile timpurii cu obiectul se bazează foarte mult pe identificare, copiii ai căror părinţi sunt abuzivi sau neglijenţi au sentimentul că ei înşişi sunt răi. Indiferent cât de abuzivi sau neglijenţi sunt părinţii, copilul are nevoie de ei şi, prin urmare, nu îi poate respinge. Internalizarea

obiectelor parentale rele reprezintă, după părerea lui Fairbairn, un efort de a le controla. El spune totuşi: „Dar, în încercarea de a-i controla în felul acesta, el internalizează obiecte care au exercitat puterea asupra lui în lumea exterioară; iar aceste obiecte îşi păstrează apetitul pentru putere asupra lui în lumea internă. Într-un cuvânt, este «posedat» de ele ca de nişte spirite malefice“ (1943, p. 67). Cu certitudine, în practica noastră cu supravieţuitoare ale abuzului sexual, ne luptăm cu faptul că ele sunt „posedate” de obiecte abuzive internalizate faţă de care rămân cu tenacitate legate afectiv.

Fairbairn a admis disocierea la copii abuzaţi. El a arătat cum copilul clivează sau disociază aspectele rele ale obiectului şi ale sinelui în relaţia cu obiectul

pentru a menţine o imagine bună a persoanelor de îngrijire de care are atâta nevoie şi a sa proprie. Când apare disocierea, copilul refulează simultan conştientizarea acestor aspecte acum clivate ale sinelui şi ale celuilalt. În modelul lui Fairbairn, refularea nu apare pentru a cenzura pulsiunile, ci, mai degrabă, pentru a apăra „sinele împotriva conştientizării deficienţelor sale ruşinoase" (Grotstein, comunicare personală, 1992).

Alice Miller (1981, 1983, 1984), fostă clasică, care a aderat din ce în ce mai mult la teoria relaţiilor cu obiectul, pentru ca în cele din urmă să dezavueze complet psihanaliza, dezvoltă teza lui Fairbairn, subliniind tendinţa supravieţuitorului adult al abuzului de a-şi proteja părinţii prin a-i vedea mai iubitori decât au fost în realitate. Miller subliniază, de asemenea, gradul în care analiştii aud ceea ce sunt pregătiţi să audă şi pierd ceea ce nu se potriveşte cu paradigmele lor teoretice

preconcepute. Este şi convingerea noastră că analiştii şi terapeuţii de orientare analitică nu reuşesc să-şi ajute pacienţii abuzaţi dacă se concentrează prea mult pe fantasmele şi tiparele intrapsihice.

Viziunea interpersonalistei contemporane Darlene Ehrenberg (1992) cu privire la impactul abuzului sexual din copilărie este compatibilă cu aceea a teoreticienilor relaţiilor cu obiectul. Ehrenberg remarcă în special înăbuşirea oricărei dorinţe, sexuale sau de altă natură, care apare adeseori ca rezultat al abuzului sexual. Ca şi Fairbairn, Ehrenberg subliniază faptul că, de regulă, copiii îşi asumă responsabilitatea pentru propriul lor abuz. Fac acest lucru în primul rând pentru că actele sexuale corespund frecvent cu fantasmele şi dorinţele specifice vârstei. În al doilea rând, copilul se identifică inconştient cu dorinţele abuzatorului, transformându-le în ale sale pentru a-şi elibera şi vindeca agresorul. În sfârşit, dorinţa însăşi devine atât de periculoasă pentru echilibrul psihic al copilului, şi apoi pentru acela al pacientului adult, încât este abandonată complet. Un aspect vital al terapiei psihanalitice cu aceşti pacienţi, spune Ehrenberg, este de a perlabora sentimentul lor de responsabilitate pentru abuz, urmărindu-se descătuşarea capacităţii de a dori.

În teoria relaţiilor cu obiectul, clinicienii descoperă modele terapeutice care oferă scheme de tratament pentru terapia pacienţilor profund disociaţi care, pentru a se vindeca, trebuie să regreseze în timpul terapiei. Deşi nici Balint (1979) şi nici Winnicott (1960a, 1960b), de exemplu, nu abordează direct

trauma reală, modelele lor terapeutice subliniază nevoia multor pacienţi de a regresa în zona „defectului

fundamental" (Balint, 1979), acolo unde interpretarea verbală este în cel mai bun caz lipsită de sens şi în cel mai rău caz intruzivă în mod agresiv. În practica avută cu pacienţi regresaţi, Balint şi Winnicott, printre alţii (Bollas, 1987; Kahn, 1963; Ogden, 1986, 1991), reduc importanţa interpretării verbale şi a neutralităţii analitice tradiţionale, subliniind în schimb importanţa funcţiilor conţinătoare ale terapeutului, în care acceptarea nonverbală şi gestionarea regresiei sunt esenţiale. Desigur, supravieţuitorii adulţi ai abuzului sexual din copilărie necesită ca terapeutul să poată gestiona relaxat repunerile în scenă regresive prelungite.

Perspectiva psihologiei Sinelui

La fel ca teoreticienii relaţiilor cu obiectul, psihologii Sinelui subliniază aspectele relaţionale ale traumei. Ei insistă asupra faptului că trauma de dezvoltare survine într-un spaţiu relaţional intersubiectiv care cuprinde Sinele şi obiecte ale Sinelui; profunda perturbare dintre copil (Sine) şi persoana de îngrijire (obiect al Sinelui) este ceea ce face ca o întâmplare să fie traumatică. Conceptul de traumă a fost înglobat în teoria generală a lui Heinz Kohut (1971) despre dezvoltarea personalităţii şi patologie şi este abordat în mod explicit de psihologi ai Sinelui contemporani precum Ulman şi Brothers (1988) şi Stolorow şi Atwood (1992).

Kohut (1971) consideră că, atunci când obiectele timpurii ale Sinelui îl privează sau îl dezamăgesc pe copil într-un mod traumatic, aparatul psihic primar şi structura personalităţii sunt afectate în mod negativ. El sugerează că trauma preoedipiană foarte timpurie interferează cu menţinerea homeostazei narcisice de bază a

personalităţii şi conduce la „vulnerabilitate narcisică difuză" (1971, p. 47). Trauma preoedipiană mai târzie solicită controlul cu succes al pulsiunii şi duce la resexualizarea derivatelor pulsiunii şi a conflictului intern şi extern. În sfârşit, trauma în perioada oedipiană sau cea de latenţă are ca rezultat idealizarea incompletă a Supraeului, concomitent cu o eternă căutare a aprobării de către figurile din exterior.

Kohut are o viziune largă asupra traumei; pierderea obiectului sau dezamăgirea, privaţiunea, neglijarea sau abuzul din partea persoanelor importante din viaţa copilului pot constitui experienţe traumatice. Ulman şi Brothers (1988), în schimb, definesc trauma ca „fapt real a cărui semnificaţie inconştientă zguduie în aşa măsură fantasmele organizatoare centrale (ale Sinelui în relaţie cu obiectul Sinelui), încât recuperarea Sinelui este imposibilă" (p. 3). Semnificaţia inconştientă a evenimentului real cutremurător se exprimă simbolic în simptomele tulburării de stres posttraumatic, pe care Ulman şi Brothers o consideră tulburare disociativă derivată din clivajul vertical al Eului.

Ulman şi Brothers susţin că terapia de succes cu pacienţi traumatizaţi depinde de îndemânarea terapeutului de a deveni pentru pacient un obiect fantasmat al Sinelui care facilitează recuperarea şi transformarea fantasmelor zdruncinate ale Sinelui (p. 4). Ei recomandă abordarea analitică standard a psihologiei Sinelui prin folosirea spaţiului intersubiectiv, creat de terapeut şi pacient, pentru reconstruirea şi perlaborarea semnificaţiei inconştiente a traumei. Ei subliniază analiza rezistenţei la fantasme transferenţiale ale obiectului Sinelui şi dezvoltarea şi

perlaborarea lor maximă.

Stolorow şi Atwood (1992) sunt de acord cu Ulman şi Brothers că trauma se petrece numai într-un spaţiu intersubiectiv. Ei consideră că esenţa traumei implică un eşec al acordajului afectiv dintre persoana de îngrijire şi copil (Sine şi obiect al Sinelui), care generează la pacientul traumatizat o capacitate deficitară de reglare a afectului. Traumatică, în primă instanţă, este durerea unei respingeri iniţiale din partea unei persoane de îngrijire şi, în al doilea rând, eşecul acesteia de a se acorda cu copilul într-un mod care conţine şi alină acea durere. Stolorow şi Atwood merg mai departe şi adaugă disocierea, îndoiala cronică de Sine, instabilitatea afectivă, pesimismul şi autoblamarea caracteristice supravieţuitorilor traumei. Ei indică şi faptul că, exact aşa cum copilul abuzat protejează obiectele timpurii prin negarea realităţii traumei, pacienţii traumatizaţi se pot cliva sau învinovăţi pentru perturbările din spaţiul intersubiectiv al terapiei. În tratament, acţiunea terapeutică apare atunci când terapeutul este plasat în interiorul transferului ca părintele îndelung dorit care se acordează afectiv cu succes la stările interne ale

pacientului, mai ales la cele traumatogene. În sfârşit, Stolorow şi Atwood se ocupă de teama cumplită de retraumatizare ca rezistenţă centrală în psihanaliza pacienţilor traumatizaţi.

Psihologii Sinelui plasează trauma într-un context relaţional, în care sunt subliniate atât evenimentul real, cât şi semnificaţia sa inconştientă, aşa cum sunt mediate de victimă. La fel ca teoreticienii relaţiilor cu obiectul, ei privesc relaţia analitică şi constelaţiile de transfer/contratransfer care apar în interiorul ei ca fiind aspectele centrale ale terapiei. Ceea ce nu par să sublinieze aceşti autori este

regresia extinsă de care este adesea nevoie în lucrul cu pacienţi traumatizaţi.

De-a lungul celor 100 de ani ai istoriei psihanalizei, studiul traumei din copilăria timpurie şi a dezvoltării şi proceselor intrapsihice inconştiente a pendulat între teorii punct-contrapunct într-un discurs — cu o argumentare elaborată, adesea acerbă — despre semnificaţia etiologică a precursorilor specifici ai tulburărilor emoţionale adulte. Importanţa relativă a realului versus fantasmă în patogenicitatea evenimentelor traumatice pare să se fi dezvoltat ca substrat emblematic al unor astfel de dialoguri. Ce perturbă funcţionarea ulterioară — realitatea evenimentului traumatic sau mişcările complexe ale internalizării sale simbolice? Impactul traumei asupra structurării Eului sau natura fantasmelor inconştiente provocate de traumă este ceea ce reclamă atenţia clinicianului? Sau efectul traumei asupra lumii internalizate a Sinelui şi obiectului pacientului, indicat de tipare complexe de identificare proiectivă şi introiectivă, este ceea ce duce la patologie şi trebuie aşadar abordat în timpul terapiei? Convingerea noastră este că patogenicitatea traumei sexuale din copilărie derivă din toate acestea — şi mai mult decât atât. În plus faţă de ceea ce am învăţat din teoria psihanalitică, descoperim importante înţelegeri profunde suplimentare ale traumei timpurii şi ale sechelelor ei în literatura dedicată traumei. Numai prin combinarea conceptelor psihanalitice rezultate din fiecare dintre şcolile de gândire majore, cu bogăţia informaţiilor disponibile în literatura despre traumă, putem ajunge la o conceptualizare integrată a abuzului sexual din copilărie, a sechelelor şi terapiei sale.

CAPITOLUL 2

Consecințele pe termen lung și diagnosticul abuzului sexual din copilărie

Două corpuri de literatură de specialitate, unul legat de trauma psihică și celălalt compilat de empiriști și clinicieni în domeniul abuzului sexual, se combină cu teoriile psihanalitice pentru a facilita o conceptualizare completă, multifațetată, a abuzului sexual din copilărie, a consecințelor, diagnosticului și terapiei sale. Numai atunci când se vor împleti contribuțiile din toate aceste domenii se va naște un model — bogat, complex și util din punct de vedere clinic — pentru terapia abuzului sexual.

Istoria cercetării traumei

Interesul asupra impactului traumei asupra psihologiei și fiziologiei individuale datează cel puțin de la lucrările lui Pierre Janet despre disociere (1889, 1894, 1898, 1907, 1909, 1911), pe care o considera mecanismul central de organizare în tulburările legate de traumă. Într-un proces paralel cu ceea ce s-a întâmplat în psihanaliză după ce Freud a repudiat teoria seducției, cercetarea în domeniul traumei a fost în mare parte suspendată pentru mulți ani după contribuțiile lui Janet. Vremurile de război au trezit un nou interes asupra impactului traumei, căci neurologii, psihiatrii și, în cele din urmă, psihologii au fost confruntați cu soldați serios și pervaziv dezorganizați de experiențele trăite în război. Atenția la aspectele acute

și cronice ale traumei de război a înflorit mai ales după războiul din Vietnam (Card, 1983; Figley, 1978; Laufer, Frey-Wouters și Gallops, 1985; Yager, Laufer și Gallops, 1984), război celebru pentru severitatea impactului psihologic resimțit de mulți dintre soldați.

În plus față de lucrul cu veterani de război, cercetătorii traumei au investigat sechelele recurente ale altor traume, precum holocaustul (Barocas, 1975; Bergman și Jucovy, 1982; Eitinger, 1980; Kestenberg, 1985; Rakoff, 1966); Hiroshima (Lifton, 1967); dezastre naturale sau provocate de om (Adams și Adams, 1984; Baum, Gatchel și Schaeffer, 1983; Green, 1982; Green, Grace, Lindy, Titchener și Lindy, 1983; Perry și Lindell, 1978); infracționalitate (Terr, 1979, 1983), inclusiv viol (Burgess și Homstrom, 1974a, 1974b, 1978;

Frank, Turner şi Duffy, 1979; Kilpatrick, Veronen şi Resick; Sutherland şi Scherl, 1970) şi, mai recent, abuzul copilului, inclusiv abuzul sexual (Herman, 1992; Kluft, 1990; Terr, 1990, 1991; van der Kolk, 1987). Este izbitor faptul că supravieţuitori ai unor traume extrem de diferite au în comun multe sechele acute şi pe termen lung, ceea ce sugerează că există unele tipare de reacţie la şoc şi traumă tipice pentru specia noastră.

Activitatea acestor cercetători ai traumei a condus la conceptul nosologic de tulburare de stres posttraumatic (TSPT) (American Psychiatric Association, 1987). Aşa cum este formulat în DSM-III-R, manualul diagnostic al Asociaţiei americane a psihiatrilor, TSPT cuprinde sechele legate de o mare varietate de traume, atât evenimente unice cât şi repetate, asociate cu un spectru de evenimente ca război, dezastru, crimă şi accidente. Singura temă unificatoare este ca experienţa traumatică

să fie „în afara gamei de experienţe umane obişnuite" (American Psychiatric Association, 1987, p. 247). Mai recent, Herman (1992) a propus o nouă categorie nosologică, TSPT complex, rezervată supravieţuitorilor traumei prelungite, repetate, precum ostatici, prizonieri de război, neveste bătute şi victime ale abuzului fizic şi sexual din copilărie (p. 121). TSPT complex reflectă profundele perturbări psihologice şi fiziologice întâlnite în mod obişnuit la supravieţuitorii traumei prelungite, inclusiv supravieţuitorii adulţi ai abuzului sexual din copilărie. Trauma sexuală recurentă în copilărie afectează fiecare aspect al funcţionării individului: cognitiv, afectiv, al percepţiei de sine, relaţional şi comportamental. Psihanaliza îmbogăţeşte practica noastră cu supravieţuitori adulţi ai abuzului sexual din copilărie cu contribuţii din perspectivele clasică, a psihologiei Eului, a relaţiilor cu obiectul şi a psihologiei Sinelui, dar literatura pe tema traumei extinde conceptualizările noastre clinice prin furnizarea unui model psihobiologic al consecinţelor traumei.

Aspecte ale traumei în psihologia dezvoltării

Psihologi din domeniul dezvoltării, precum John Bowlby (1969), au susţinut mult timp existenţa unui substrat biologic al ataşamentului copilului faţă de obiectele timpurii semnificative. Nu este, aşadar, surprinzător că, atunci când legăturile de ataşament timpurii sunt perturbate prin neglijare şi abuz, copilul

suferă de urmări atât fiziologice, cât şi psihologice. Cercetările pe animale şi oameni sugerează că perturbările de ataşament afectează funcţionarea anumitor neurotransmiţători şi

sistemelor opioid endogen şi endocrin (van der Kolk, 1987). Abuzul şi privaţiunea din copilărie pot genera anormalităţi neurobiologice de lungă durată, chiar permanente, care se reflectă în tendinţa pacientului adult de a oscila între supraexcitare şi hipoexcitare la stimuli interni şi externi. Această caracteristică se manifestă clinic adeseori prin treceri rapide de la panică nedefinită, insuportabilă, la depresie copleşitoare, nesimbolizată. Recunoaşterea faptului că adulţii supravieţuitori ai abuzului sexual din copilărie funcţionează sub impactul unor dereglări neurobiologice mediate de ataşamente timpurii defectuoase subliniază importanţa relaţiei terapeutice, mai ales a funcţiilor de conţinere şi de susţinere ale terapeutului.

Sechele cognitive ale traumei

Trauma psihologică are un efect dezorganizator asupra capacităţii individului de a codifica, procesa — prin asimilare şi acomodare (Piaget, 1968) — şi stoca amintiri ale evenimentelor traumatice (Fine, 1990; Fish-Murray, Koby şi van der Kolk, 1987; Janoff-Bulman, 1985; van der Kolk, 1988; van der Kolk şi Ducey, 1989). Trauma este copleşitoare prin definiţie. Parte din ceea ce este copleşitor pentru un copil traumatizat sexual este capacitatea de a conţine şi procesa cognitiv enormitatea trădării relaţionale şi agresiunea fizică cu care este confruntat. Chiar dacă copilul a atins nivelul gândirii metaforice operaţionale, trauma generează o regresie la o organizare cognitivă mai concretă, senzoriomotoare iconică (van der Kolk, 1988). Şi aici biologia joacă un rol în reacţia la traumă.

Codificarea amintirii implică sistemul taxon, care codifică informaţiile în

funcţie de calitate, şi hipocampusul, care se maturizează mai târziu şi localizează amintirile în timp şi spaţiu (van der Kolk, 1988). Stresul sever sau prelungit reprimă funcţionarea hipocampusului şi potenţează sistemul taxon, ceea ce conduce la codificarea nesimbolizată, lipsită de context, a experienţelor traumatice, şi face ca amintirile să nu fie accesibile recuperării lingvistice. Una dintre funcţiile terapeutului devine aceea de a permite

supraviețuitorului adult să retrăiască senzoriomotor amintirile traumatice, adică prin amintiri corporale, și să-l ajute pe pacient să simbolizeze pentru prima oară aceste amintiri. Abreacția senzoriomotoare și transformarea și integrarea simbolică sunt cruciale. Evident, simbolizarea nu poate apărea decât din retrăire; totuși, retrăirea abreactivă fără simbolizare și integrare este retraumatizantă. Ea generează, printre altele, hiperexcitare fiziologică fără structurarea compensatorie a experienței.

În plus față de afectarea codificării și stocării evenimentelor traumatice în cazul individului traumatizat, trauma are implicații pe termen lung pentru capacitatea supraviețuitorului de a se angaja în fantasme productive, sublimatorii. Comparând rezultatele testelor Rorschach ale veteranilor combatanți din Vietnam care sufereau de TSPT cu cele ale combatanților fără TSPT, van der Kolk și Ducey (1989) au ajuns la concluzia că veteranii TSPT prezintă un răspuns bifazic la traumă. Ei sunt fie dominați de „amintiri" cronice, intruzive, dezorganizatoare, nesimbolizate ale traumei, fie evită cu orice preț orice implicare în activități mentale care potențează afectul — precum fantasmarea, care ar putea atrage retrăirea traumei —, fie au ambele reacții. Acești cercetători concluzionează că veteranii TSPT

sunt incapabili să „simbolizeze, fantasmeze sau sublimeze" (p. 267). Analiza copiilor abuzați făcută de Fish-Murray, Koby și van der Kolk (1987) dezvăluie tipare similare de tip totul sau nimic privitoare la fantasmare.

În practica noastră cu paciente adulte care au fost abuzate în copilărie remarcăm, de asemenea, o capacitate bifurcată de fantasmare; o descoperire similară a fost făcută de Bollas (1989). Nu întotdeauna, dar adesea pacienta este capabilă să se implice în fantasme transformatoare, sublimatorii, cu privire la aspecte din viața ei, precum cel profesional, care sunt separate asociativ de istoria traumatică. În aceste zone pacienta poate folosi creativ fantezia pentru a planifica, a rezolva probleme și a experimenta. Când activitatea mentală se îndreaptă către zone ale vieții legate asociativ de traumele anterioare (de exemplu, relații sexuale cu bărbați, exprimarea agresivității față de figuri autoritare), descoperim totuși tiparele bifazice descrise de van der Kolk și Ducey (1989). Pacienta este alternativ copleșită și dominată de versiuni nesimbolizate ale traumei și atunci se apără cu rigiditate și se detașează de orice activitate mentală.

Adrianna, de exemplu, fusese abuzată fizic şi sexual de tatăl ei. Manager de top într-o bancă de investiţii, această pacientă are o viaţă imaginară bogată în legătură cu aspectele relativ nonconflictuale ale vieţii ei, precum cariera, continuarea studiilor, primirea prietenilor la ea acasă. Cu toate acestea, atunci când intră într-o relaţie cu un bărbat sau se gândeşte să-şi viziteze familia, Adrianna manifestă tiparul bifazic descris mai sus. De exemplu, atunci când face sex cu prietenul ei, este uneori copleşită de senzaţii corporale sau „amintiri" care evocă abuzul — îşi simte

coapsele imense şi anusul i se contractă dureros (tatăl ei o penetra anal). Alteori devine complet amorţită şi rigidă în timpul actului sexual şi spune că mintea ei este „moartă" şi lipsită de orice activitate mentală. Relaţiile sexuale adulte provoacă în mod limpede apariţia amintirilor traumatice care îi copleşesc capacităţile cognitive, aşa cum făceau odată evenimentele traumatice reale.

În plus faţă de impactul traumei asupra memoriei şi fanteziei, trauma conduce la o constelaţie de simptome cognitive. Acestea includ scheme cognitive inflexibile (Fish-Murray, Koby şi van der Kolk, 1987), gânduri intruzive sau flashbackuri ale traumei (Herman, 1992; Terr, 1991; van der Kolk, 1988), gândire dihotomică (Fine, 1990), atribuirea greşită a vinovăţiei şi responsabilităţii pentru evenimente trecute şi prezente (Young, 1988) şi un sentiment al unui viitor limitat (Terr, 1991). Din literatura de specialitate dedicată traumei obţinem astfel o imagine a perturbărilor cognitive vaste şi persistente generate de trauma psihologică.

Sechele afective ale traumei

Cercetarea în domeniul traumei a identificat un tipar de reacţie afectivă caracteristic supravieţuitorilor traumei psihologice de toate tipurile. Tiparul este marcat de trecerea acestora de la stări de amorţeală afectivă la hiperexcitaţie intensă (van der Kolk şi Greenberg, 1987). Incapacitatea de modulare a excitaţiei conduce adesea la descărcare motorie inadecvată a anxietăţii insuportabile când individul este hiperexcitat şi la constricţie emoţională şi psihomotorie, la fel de inadecvată, în starea de amorţeală psihică.

Când individul este expus la stres, sistemul nervos autonom este excitat pentru a stimula o reacţie la stres. Într-o astfel de traumă cronică precum abuzul copilului, excitarea autonomă apare iar şi iar într-o situaţie continuă de intruziune fizică şi relaţională, în care copilul nu poate interveni eficient. Excitaţia autonomă devine o reacţie organică generalizată la stres, în care este ruptă conexiunea dintre severitatea ameninţării percepute şi gradul de excitaţie. Supravieţuitorul, incapabil să discearnă între gradele de pericol real, răspunde la mulţi stresori cu hiperexcitaţie involuntară, care poate duce la unele reacţii comportamentale aparent inexplicabile, precum izbucnirile vulcanice sau retragerea înspăimântată.

Cercetarea pe animale sugerează că neurotransmiţătorii şi opioidele endogene sunt şi ele implicate în incapacitatea supravieţuitorului traumei de a modula excitaţia şi, implicit, reacţia afectivă (van der Kolk şi Greenberg, 1987). De exemplu, deficitul de norepinefrină şi dopamină rezultat din stresul inevitabil îl fac pe individul traumatizat hipersensibil din punct de vedere psihobiologic pentru excitaţii ulterioare. Cercetările pe animale indică şi că organismele supuse stresului prelungit dezvoltă o dependenţă fiziologică de analgezia rezultată din eliberarea de opioide endogene stimulate de traumă. Aceasta poate conduce la o căutare activă de stimuli stresanţi pentru a atinge starea de calm liniştitor, chiar amorţeală. Când efectul opioidului endogen se stinge, organismul manifestă simptome asemănătoare sevrajului la opioide, inclusiv anxietate sau manifestări agresive.

Tendinţa supravieţuitorului traumei către hiperexcitaţie izvorăşte deci, parţial, din schimbări continue ale operaţiunilor neurochimice. Este vital ca practicianul de

orientare psihodinamică să ţină cont de aceste sechele neurobiologice ale traumei atunci când tratează pacienţi care au fost victime ale abuzului sexual în copilărie. Literatura despre traumă indică, de exemplu, faptul că agenţii psihofarmacologici, în special unele antidepresive, inhibitori ai activităţii noradrenergice, benzodiazepine, litiu şi carbamazepină pot fi utile în modularea stărilor de hiper şi hipoexcitaţie ale supravieţuitorului adult al traumei (Silver, Sandberg şi Hales, 1990; van der Kolk şi Greenberg, 1987). O astfel de intervenţie psihotropă este uneori un ajutor necesar în psihoterapia psihodinamică, permiţându-i pacientului să moduleze excitaţia afectivă

suficient cât să folosească terapia într-un mod mai constructiv.

Disocierea: impactul traumei asupra organizării sinelui

Deşi afectează funcţionarea cognitivă, afectivă, relaţională şi comportamentală a individului, disocierea conduce în primul şi în primul rând la o perturbare a organizării sinelui. Spre deosebire de refulare, care este o separare orizontală între conţinuturile conştiente şi inconştiente, disocierea implică un clivaj vertical al Eului, care are ca rezultat două sau mai multe stări ale sinelui mai mult sau mai puţin organizate şi cu funcţionare mai mult sau mai puţin independentă. Aceste două sau mai multe stări ale Eului alternează în conştiinţă şi, în diverse circumstanţe interne şi externe, îşi fac apariţia pentru a gândi, a se comporta, a-şi reaminti şi a simţi. Astfel de stări disociate sunt inaccesibile restului personalităţii şi, prin urmare, nu pot fi subiectul operaţiilor psihice de elaborare. Îşi vor face mai degrabă simţită prezenţa prin intermediul apariţiei unor imagini intruzive recurente,

puneri în scenă violente sau simbolice, senzaţii somatice inexplicabile, coşmaruri recurente, reacţii anxioase şi tulburări psihosomatice.

Colin Ross (1989, p. 89) afirmă că disocierea există pe un continuum care include ceea ce este biologic normal (cineva uită că s-a trezit în toiul nopţii pentru a merge la toaletă), psihosocial normal (reveria în timpul unei conferinţe plictisitoare), biologic anormal (amnezia după o lovitură la cap) şi psihosocial anormal (amnezia incestului). Disocierea psihosocială anormală, aşa cum este definită de Ross, este cea care coexistă în mod obişnuit cu trauma, inclusiv cu abuzul sexual din copilărie.

Pierre Janet (1898) a fost primul care a făcut legătura între traumă şi disociere acum aproape 100 de ani. Janet credea că memoria este un act de integrare creativă prin care fiinţa umană organizează, codifică şi clasifică experienţele în scheme cognitive deja existente (van der Kolk, Brown şi Van der Hart, 1989). Iată care este precursorul de demult al dialecticii bipolare a lui Piaget dintre asimilare şi adaptare. Atunci când un eveniment din viaţa cuiva a fost prea bizar, înspăimântător sau hiperexcitant pentru a se încadra în astfel de scheme preexistente, Janet credea că era clivat de conştiinţă într-un sistem separat de „idei fixe" (Janet, 1898). Acolo pot fi încorporate în propriul lor

sistem de organizare, neatinse sau nemodulate de restul experienţei individului.

Odată cu descoperirea de către Freud a refulării şi cu accentul pus pe aceasta ca mecanism de apărare central în nevroze, discuţia despre disociere s-a stins aproape complet după Janet. Deşi a fost menţionată ocazional de-a lungul anilor

(Dickes, 1965; Fairbairn, 1954; Fliess, 1953; Sullivan, 1956), abia în ultima vreme cercetătorii traumei au integrat conceptul într-un model al proceselor psihologice reglatorii declanşate de traumă. Acum, majoritatea autorilor pe tema traumei (Braun, 1986; Figley, 1986; Green, Wilson şi Lindy, 1985; Herman, 1992; Hilgard, 1977; Kluft, 1990b; Putnam, 1989; Spiegel, 1986; Van der Hart şi Horst, 1989; van der Kolk, 1987; Wilson, Smith şi Johnson, 1985) consideră disocierea psihosocială anormală, aşa cum a fost definită de Ross (1989) ca fiind amprenta specifică a traumei. Van der Kolk şi Kadish (1987) afirmă chiar că, „exceptând situaţia în care este corelată cu afectarea creierului, disocierea pare să fie întotdeauna o reacţie la evenimente de viaţă traumatice" (p. 185).

Richard Kluft (1984) şi Braun şi Sachs (1985) propun modele etiologice similare ale disocierii. În primul rând, individul are o oarecare predispoziţie biopsihologică pentru disociere. Aceasta este înrudită cu hipnotizabilitatea înnăscută. Mai departe, aceşti cercetători sugerează că evenimentul de viaţă căruia individul încearcă să-i facă faţă prin disociere este unul extrem de traumatic. Kluft (1984) afirmă că disocierea severă indică faptul că persoana traumatizată s-a angrenat în procese disociative constante după trauma iniţială, iar mediul nu a reuşit să ofere experienţe suficient de reparatorii pentru a interveni în disocierea continuă. În discuţia lor despre disocierea severă, Braun şi Sachs (1985) afirmă că trauma iniţială este urmată de alte evenimente traumatice care înlănţuie afectiv experienţele disociate.

David Spiegel (1986) oferă un alt factor etiologic convingător în disociere,

care acţionează cu certitudine în familia incestuoasă. Spiegel menţionează dubla legătură (*double bind*) ca puternic generator de fenomene disociative la individul predispus la acest mecanism psihic. Într-o legătură dublă, familia emite o primă interdicţie pentru copil care este complet contrazisă de o a

doua, mult mai subtilă, și în cele din urmă îi este interzisă abordarea deschisă a contradicției (Spiegel, 1986, p. 67). În esență, copilul este împins să „devină două persoane diferite în același timp" (p. 69) și, mai mult decât atât, i se dă de înțeles că această cerere nu poate fi comentată. Disocierea, spune Spiegel, îi permite copilului să devină, de fapt, două persoane cu funcționare separată, fără să fie conștient de contradicție.

Este evident faptul că un copil confruntat cu un abuz sexual constant și care, din punctul de vedere al dezvoltării, este predispus la disociere, trăiește într-o lume compatibilă cu modelele propuse de Kluft (1984), Braun și Sachs (1985) și Spiegel (1986). Există un eveniment traumatic declanșator — primul episod al abuzului sexual — care se repetă în timp într-un mediu familial care mult prea adesea nu reușește să ofere alinare victimei. Din contră, familia îl pune pe copil în dilemă, insistând să devină în același timp, „fată bună" și cuminte și partenera sexuală fierbinte a abuzatorului, și îi ordonă, în plus, să nu cunoască sau să nu semnaleze exigențele contradictorii. Copilul aflat în această situație folosește disocierea în timpul episoadelor de abuz și adesea, de-a lungul timpului, apelează la acest mecanism de-acum verificat ori de câte ori dorește sau are nevoie să evadeze dintr-o realitate ostilă. Observăm aceasta cel mai dramatic la pacientele care sunt în general supuse, deprimate sau inhibate și care, într-o stare disociată, manifestă un

comportament extrem de agresiv sau provocator din punct de vedere sexual și de care mai târziu nu-și mai amintesc nimic sau au doar amintiri începătoșate despre activitățile aparent străine Eului. Descoperim aici un pacient literal divizat, o stare a sinelui contra unei alte stări a sinelui. Acest pacient este incapabil să ajungă la conștiința de sine obișnuită, pentru că acest lucru ar dezlănțui spaima, furia și neajutorarea disperată îndelung alungate și asociate cu traumele sexuale timpurii. De fapt literatura pe tema traumei (Spiegel, 1986) sugerează că, adesea, numai când adultul supraviețuitor poate suporta să reintre într-o stare afectivă de confuzie primitivă, de sentiment de anihilare iminentă și neajutorare completă, abia atunci pot fi recuperate amintirile evenimentelor traumatice, codificate simbolic pentru prima dată și integrate în conștiința pacientului adult.

Sechele relaționale ale traumei

Capacitatea supraviețuitorului traumei de a forma și menține relații, în special intime, este limitată de efectele pe termen lung ale traumei. Autorii care scriu despre traumă sugerează că acest deficit interpersonal este legat de difuzia identității supraviețuitorului și de tendința lui de a reacționa la ceilalți pe baza așteptărilor formate în timpul traumei.

Mitchell Young (1988) descrie astfel „identitatea inertă“ a supraviețuitorului traumei: „Identitatea inertă este compusă din separare, dezintegrare și stază și nu este capabilă să experimenteze conexiunea, integritatea și mișcarea” (p. 39). Adulții supraviețuitori ai abuzurilor sexuale din copilărie sunt adeseori exact ca în

descrierea identității inerte a lui Young. Deși își vor fi construit cu străduință o *persona* publică vibrantă, eficientă și prietenoasă la nivel superficial, această identitate este trăită ca inautentică și extraordinar de fragilă. Chiar sub această poleială a unei funcționări adeseori impresionante, supraviețuitorul traumei este prins în capcana unei lumi interioare a fragmentării, groazei și furiei. Adesea înfricoșați că ceilalți le vor descoperi adevărurile ascunse, supraviețuitorii traumei, inclusiv pacienții cu istorii de abuz sexual, rămân fundamental deconectați de ceilalți. Așa cum arată Young, acești pacienți sunt împietriți în timp, incapabili să răspundă cu flexibilitate la exigențele și oportunitățile relaționale din prezent.

La problemele interpersonale generate de identitățile difuze ale supraviețuitorilor traumei se adaugă tendința lor de a forma un „transfer traumatic" (Spiegel, 1986, p. 72) asupra celorlalți, inclusiv asupra terapeutului. Într-un transfer traumatic, supraviețuitorul traumei poate manifesta schimbări rapide de ipostaze relaționale, variind de la dependență extremă și abuz violent la groază absolută sau detașare rece, care conduc la relații interpersonale haotice sau izolare. Adevărata reciprocitate și intimitate, izvorâte dintr-o autenticitate împărtășită, sunt deteriorate.

Capacitatea de intimitate relațională a supraviețuitorului traumei este perturbată și de simptomele TSPT, inclusiv oscilații afective între hiperexcitație și amorțeală psihică. În sfârșit, tendința supraviețuitorului abuzului sexual de a trăi flashbackuri dezorganizatoare, mai ales în timpul relației sexuale cu un partener de care pacientul s-a apropiat emoțional, face ca intimitatea să fie dureros de dificil de

atins.

Efectele traumei asupra comportamentului

Probabil că cea mai dramatică manifestare a traumei este repunerea în scenă, de către supraviețuitor, a evenimentelor traumatice prin acțiuni autodistructive. Pacientul cu o istorie de traumă psihologică manifestă frecvent o gamă cu adevărat spectaculoasă de comportamente autodistructive, de la forme neletale de abuz compulsiv împotriva propriei persoane până la intenții suicidare persistente. Pacienții traumatizați se agață frecvent cu încăpățânare de astfel de comportamente care par, pentru multă vreme, rezistente la intervenția terapeutică. Deși psihanaliza furnizează diverse înțelegeri dinamice importante ale repunerilor în scenă traumatice, literatura traumei oferă o explicație psihobiologică adicției la trauma continuă.

Așa cum am spus deja, cercetările pe animale indică faptul că siguranța atașamentelor timpurii ale copilului afectează sistemul opioid endogen, iar atașamentul nesecurizant conduce la o activitate redusă a opioidelor cerebrale. În plus, s-a descoperit că nivelurile ridicate de stres activează sistemul opioid al animalelor (Amir, Brown și Amit, 1980; Miczek, Thompson și Shuster, 1982). Van der Kolk (1989) trage concluzia că, în parte ca rezultat al deficitului de atașament și al hiperexcitației cronice provocate de abuzul copilului, supraviețuitorii adulți pot avea nevoie de o stimulare externă mai intensă a sistemului opioid endogen pentru a contrabalansa hiperexcitația și a atinge o stare de calm. Ei dezvoltă astfel o dependență

chimică și psihologică de expunere la situații traumatice, care seamănă, într-un fel, cu cea a dependentului de substanțe. După părerea lui van der Kolk (1989), astfel de puneri în scenă precum automutilarea produc o stare alterată de conștiință alterată, care îl calmează și-l liniștește pe supraviețuitorul traumei. Mai mult decât atât, încetarea situațiilor care amintesc de trauma (sau traumele) inițială pot genera simptome de sevraj deloc diferite de cele resimțite de dependent. Această caracteristică adictivă, combinată cu eficacitatea ca tranchilizant temporar a autovătămării și a altor repuneri în scenă traumatice, contribuie la rezistența la tratament a comportamentului de tip punere în scenă al supraviețuitorului traumei.

În plus faţă de repetiţia compulsivă a traumei, trecerile mediate neurobiologic de la hiperexcitaţie la amorţeală psihică conduc la schimbări aparent imprevizibile de comportament. În momente de hiperexcitaţie, un pacient altfel calm, chiar rezervat, poate deveni făţiş agresiv, atacându-şi verbal terapeutul şi pe ceilalţi sau descărcându-şi motor afectul (aruncând, de exemplu, cu obiecte sau bătând din picioare). Acelaşi pacient, în starea de amorţeală psihică, poate deveni rigid, retras şi practic nereceptiv la încercările de a stabili un contact. În sfârşit, un pacient căruia utilizarea disocierii îi produce o fragmentare severă a Eului, poate manifesta comportamente foarte diferite la activarea unei alte stări a sinelui. De exemplu, o pacientă care este de regulă îmbrăcată conservator şi coafată cu grijă şi care de obicei stă calmă pe divan îşi poate ciufuli brusc părul şi să şi-l răsucească într-un coc atunci când se află într-o stare a sinelui cu o organizare mai primitivă.

Literatura traumei ne îmbogăţeşte înţelegerea supravieţuitorului adult al

abuzului sexual din copilărie prin furnizarea unei conceptualizări psihobiologice a simptomelor şi prin sublinierea impactului pervaziv al traumei asupra tuturor aspectelor funcţionării pacientului. Literatura empirică şi clinică pe tema abuzului sexual oferă date convergente, mai ales cu privire la epidemiologia şi sechelele abuzului sexual din copilărie.

Literatura pe tema abuzului sexual

Până pe la jumătatea anilor ’70 era extrem de dificil de obţinut date convergente cu privire la incidenţa abuzului sexual în SUA. Graţie eforturilor de pionierat ale unor epidemiologi precum David Finkelhor (1984), Diana Russell (1986) şi Gail Wyatt (1985), ştim acum că o treime dintre femei sunt abuzate sexual înainte de 18 ani. Dintre acestea, aproximativ 43% au fost victimele unui abuz incestuos înainte de împlinirea vârstei de 18 ani. Aceste cifre înseamnă că mai mult de 20 de milioane de femei americane au avut o experienţă de abuz sexual înainte de vârsta maturităţii, adesea ca victime ale unei rude iubite şi de încredere. Dacă statisticile sunt şocante, poveştile din spatele lor sunt adesea înspăimântătoare. O pacientă, Corinne, îşi relatează experienţele: „Când aveam 6 ani, bunicul meu m-a abuzat pe mine şi pe alte trei verişoare. Era complet nebun — ne încuia vara într-un şopron vechi şi ne viola pe rând, sub privirea celorlalte. Una dintre verişoarele mele i-a spus

până la urmă mamei ei, care i-a pus capăt. Când ne-am întors acasă după o reuniune de familie în care s-a discutat întreaga poveste, tata a făcut sex cu mine. A zis că eram deja pregătită pentru el. A avut contact sexual cu mine cel puţin o dată

pe săptămână până când m-am căsătorit cu primul meu soţ, la 16 ani".

Cine sunt aceşti oameni care se folosesc de copiii lor pentru gratificarea nevoilor lor nesatisfăcute? Cercetătorii de până acum subliniază că făptaşii identificaţi în studiile lor sunt majoritatea bărbaţi. Există, totuşi, diferenţe între abuzatorii identificaţi cel mai frecvent de femei în eşantioanele clinice faţă de cele nonclinice. Atât Russell (1986), cât şi Briere şi Runtz (1988), de exemplu, au examinat eşantioane nonclinice şi au constatat că majoritatea femeilor care au raportat istorii de abuz sexual din copilărie au indicat ca făptaşi abuzatori extrafamiliali. Dat fiind că există date empirice care indică o corelaţie între abuzul intrafamilial, mai ales incestul parental, şi simptomatologia ulterioară (Briere şi Runtz, 1988), nu este surprinzător să descoperim că mai multe femei din eşantioanele clinice declară că au fost victimele incestului (Jehu, 1988).

Abuzul sexual al copilului poate începe încă din copilăria mică sau abia la adolescenţă. Perioada de latenţă este menţionată de obicei ca debut al abuzului, cu o vârstă medie raportată a debutului variind de la 6 la 10 ani (Briere şi Runtz, 1988; Frawley, 1988; Jehu, 1988). Ca şi alţii (Curtois, 1988; Russell, 1986) bănuim că vârsta reală la debut poate fi chiar mai mică; abuzul mai timpuriu poate fi refulat de copil. Această bănuială este întărită de faptul că am fost martore la recuperarea unor amintiri foarte vechi despre abuz în cursul terapiei psihodinamice intensive. Gina, de exemplu, a început terapia ştiind că unchiul ei a molestat-o sexual de la 7 la 14 ani. Cu toate acestea, în cursul terapiei, şi-a amintit imagini cu tatăl care o molestase când avea 5 ani. Cazul Ginei nu este unul neobişnuit; am descoperit că

femeile îşi reamintesc frecvent, în timpul terapiei, experienţe de abuz anterioare celor pentru care vin iniţial la cabinet.

Deşi abuzul sexual poate fi un eveniment unic, mai adesea se întinde în timp (Curtois, 1988; Frawley, 1988; Jehu, 1988). Datele indică faptul că, pentru mulţi copii violarea sexuală a minţilor şi trupurilor lor este o experienţă

constantă, frecventă care durează mulţi ani.

Victimizarea sexuală în copilărie cuprinde acţiuni variabile ca severitate. Russell (1986) oferă o ierarhie a severităţii abuzului sexual, în care se pot clasifica acţiuni specifice:

Abuz sexual foarte sever. Actul finalizat sau tentativa, cu sau fără folosirea forţei, de contact sexual genital sau anal, felaţie, cunnilingus, analingus.

Abuz sexual sever. Actul finalizat sau tentativa, prin forţă sau nu, de atingere sau penetrare manuală, simularea actului sexual sau atingerea sânilor (goi).

Abuz sexual mai puţin sever. Sărut sexual, atingerea sexuală intenţionată a feselor, coapselor, picioarelor sau a sânilor şi a organelor genitale prin haine, cu sau fără folosirea forţei.

Din eşantioanele clinice, mai mult de 60% dintre paciente au relatat că au fost abuzate la nivelul cel mai sever conform clasificării lui Russell (Frawley, 1988; Jehu, 1988).

Uneori, abuzul sexual poate fi atât sever, cât şi violent, precum în cazul Louisei, al cărei tată a început să o violeze când avea 6 ani. Ori de câte ori Louisa se

zbătea sau scotea un sunet, tatăl o strangula până când nu mai putea respira. A ameninţat-o chiar că îi va tăia limba, dacă va spune cuiva vreodată despre incest şi i-a arătat şi cuţitul pe care urma să-l folosească.

Copilul sau adolescentul abuzat sexual, a cărui integritate psihică şi fizică sunt violate în mod constant, îşi trăieşte de obicei în tăcere suferinţa şi furia. Secretul este piatra de temelie a violului; este impus de abuzator prin ameninţări şi promisiuni pentru a-l determina pe copil să se conformeze. Cu toate acestea, majoritatea copiilor şi adolescenţilor abuzaţi nu-şi pot gestiona sarcinile de dezvoltare şi relaţiile interpersonale specifice vârstei fără să trădeze, într-un fel sau altul, că lucrurile nu stau chiar aşa cum ar trebui. Nu a existat, până recent, un compendiu al simptomelor care i-ar putea alerta pe părinţi, profesori, medici şi terapeuţi în legătură cu posibilitatea ca un copil sau adolescent să fie victima abuzului sexual sau că un pacient adult ar putea

fi o fostă victimă. În prezent, grație literaturii pe tema abuzului sexual (Bagley și Ramsey, 1986; Briere, 1988; Briere și Runtz, 1986; Courtois, 1988; Fromuth, 1986; Gold, 1986; Jehu, 1988; Surrey, Sweet, Michaels și Levine, 1990) cunoaștem semnele și simptomele abuzului sexual din copilărie. Familiaritatea cu acestea îl alertează pe terapeutul adultului supraviețuitor cu privire la posibilitatea unei victimizări sexuale din copilărie, atunci când sunt dezvăluite în timpul anamnezei.

Tabelul 2.1 prezintă simptomele abuzului sexual așa cum este probabil să apară la un copil preadolescent. Tabelul arată că abuzul sexual afectează toate zonele vieții copilului. Tabelul 2.2 rezumă simptomele abuzului sexual la adolescente

care, ca și în cazul copilului, reflectă contaminarea tuturor aspectelor funcționării adolescente. Tabelul 2.3 descrie semnele abuzului sexual din copilărie întâlnite frecvent la supraviețuitoarele adulte. Desigur, un singur simptom sau chiar prezența mai multor simptome nu indică în mod necesar un abuz din trecut; tabloul general al simptomatologiei și structurii de caracter îl poate alerta, mai degrabă, pe clinician cu privire la posibilitatea ca pacienta să fie o supraviețuitoare a abuzului sexual din copilărie.

TABEL 2.1

Simptome ale abuzului sexual la copii

Schimbări ale performanței școlare

Note mai mici

Interes diminuat pentru școală

Dificultăți de concentrare

Fobie de școală

Simptome fizice cronice pentru care nu sunt depistate cauze medicale

Dureri de cap

Probleme gastrointestinale

Infecţii orale, anale sau vaginale

Infecţii ale tractului urinar

Dureri nespecifice

Comportament sexualizat sau seductiv

Masturbare compulsivă

Comportament sexual inadecvat faţă de alţii

Exhibiţionism

Întoarcere la comportament regresiv

Suptul degetului mare

Băutul din biberon

Udarea patului

Lipsa de control a excrementelor

Perturbări ale somnului

Insomnie

Somnambulism

Coşmaruri, pavor nocturn

TABEL 2.2

Simptome ale abuzului sexual la adolescente

Probleme şcolare constante

Neimplicare în activităţi extracurriculare

Chiul

Frica de a răspunde la ore

Simptome fizice constante

Tulburări menstruale

Ruşine sau frică de menstruaţie

Dureri mari

Depresie în timpul menstruaţiei

Durere sau frică la introducerea tamponului

Imposibilitatea folosirii tampoanelor interne din cauza contracţiilor muşchilor vaginali

Probleme de greutate sau imagine corporală

Luare în greutate excesivă la pubertate

Disconfort şi dezgust legate de corp

Stânjeneală sau dezgust la dezvoltarea caracteristicilor sexuale secundare

Imagine distorsionată a corpului, mai ales a burţii ca fiind mare sau umflată

Anorexie sau bulimie

Perturbări ale somnului constante

Probleme cu sexualitatea/intimitatea

Promiscuitate

Prostituţie

Sarcină la adolescenţă

Căsătorie la adolescenţă

Evitarea totală a băieţilor şi întâlnirilor

Comportament impulsiv

Fuga de acasă

Abuz de alcool şi droguri

Automutilare

Furt

Ideaţie suicidară, tentative de suicid

TABEL 2.3

Simptome ale abuzului sexual din copilărie la femei adulte

Amnezie cu privire la toate sau la unele perioade ale copilăriei

Simptome fizice

Migrene

Tulburări gastrointestinale

Tulburare a articulaţiei temporomandibulare (TMJ)

Ulcer

Probleme ginecologice

Perturbări ale somnului

Coşmaruri

Insomnie

Frică de întuneric

Frică de spărgători noaptea

Disfuncţii sexuale

Disfuncţii fiziologice

Tulburări de excitaţie

Vaginism

Anorgasmie

Dispareunie

Anestezie sexuală

Aversiune faţă de bărbaţi

Promiscuitate

Prostituţie

Ruşine intensă cu sine ca fiinţă sexuală

Alte simptome

Anorexie sau bulimie; mâncat compulsiv

Imagine corporală distorsionată

Ruşine în timpul sarcinii; sentimentul că este „greşit" să fii însărcinată

Probleme de parenting, mai ales cu fiice

Automutilare

Ideaţie suicidară; tentative de sinucidere

Stimă de sine scăzută

Vinovăţie nedefinită, cronică

Ruşine cronică

Depresie

Sentiment subiectiv de a fi complet şi pe deplin rea

Sentiment subiectiv de a fi diferită, de lipsă de integrare şi potrivire

Dificultate de a avea încredere în alţii, mai ales în bărbaţi

Alienare sau izolare socială sau socializare compulsivă şi nevoia de a se face plăcută

Simptome TSPT

Istoric de viol la maturitate, victimizări sexuale şi/sau fizice

Disociere cronică

Cercetarea în domeniul abuzului sexual din copilărie este încă la început; majoritatea lucrărilor în acest domeniu au fost publicate abia în ultimii 15 ani. Pentru multă vreme, cercetările, făcute în mare parte pe baza eşantioanelor clinice, enumerau pur şi simplu simptome declarate de supravieţuitoare adulte, fără să verifice puterea de diferenţiere a acestor indicatori. Mai recent, noi investigaţii oferă informaţii care fac cu succes diferenţa între femeile abuzate şi cele neabuzate, pe baza anumitor grupuri de simptome (Bagley şi Ramsay, 1986; Briere, 1988; Briere şi Runtz, 1986, 1988; Gold, 1986; Surrey et al., 1990). Aceste studii demonstrează că,

odată cu cercetări mai complexe, cu metodologie impresionantă, asupra efectelor pe termen lung ale abuzului sexual din copilărie, devine mai clar faptul că femeile care au fost abuzate sexual în copilărie manifestă simptome şi comportamente specifice corelate cu istoricul lor de abuz şi care le

diferențiază de femeile care nu au un istoric de abuz.

Considerații diagnostice: tulburarea de stres posttraumatic și patologia borderline

Supraviețuitorii traumei psihologice, inclusiv cei ai abuzului sexual din copilărie, evocă un număr de diagnostice atât de pe Axa I, cât şi de pe Axa II a DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987). Perturbările afective generate de tendința pacientului de a trece de la hiperexcitație la amorțeală psihică garantează adesea un diagnostic de pe Axa I, de tulburare afectivă sau anxietate. Simptomele cognitive, combinate cu folosirea de către pacient a disocierii, pot conduce la diagnosticarea de diferite tulburări disociative şi la diagnosticul eronat de psihoză. Pacienților le sunt adesea atribuite și diagnostice din Axa II, precum tulburare de personalitate histrionică, tulburare de personalitate schizotipală și, foarte des, tulburare de personalitate borderline.

Recent, cercetătorii traumei şi abuzului sexual au început să examineze o chestiune diagnostică particulară care are implicații profunde pentru clinicienii de orientare psihodinamică: relația dintre trauma timpurie și patologia borderline adultă. Aceasta abordează și posibila suprapunere dintre TSPT și ceea ce a fost

conceptualizat în mod tradițional ca tulburare de personalitate borderline sau organizare borderline a Eului (Kernberg, 1984). Aceste studii (Herman, Perry şi van der Kolk, 1989; Perry, Herman, van der Kolk şi Hoke, 1990; Saunders, 1991; Shearer, Peters, Quaytman şi Ogden, 1990; Stone, 1990; Stone, Unwin, Beacham şi Swenson, 1989) sugerează că mulți pacienți diagnosticați ca borderline relatează, când sunt întrebați, istorii de traumă timpurie şi invers, că mulți pacienți ce declară prezența traumelor în copilărie prezintă patologie borderline. Herman (1989), de exemplu, a descoperit că 81% dintre pacienții care întrunesc criteriile pentru tulburare de personalitate borderline au relatat istorii de traume majore în copilărie, inclusiv abuz sexual; acest procent era semnificativ mai mare decât pentru pacienții diagnosticați doar cu trăsături borderline sau fără patologie borderline. Ross (1989) merge până la a declara că „pacienții borderline nu au nici tulburări de personalitate și nici psihoze: au tulburare traumatică cronică" (p. 149).

Cercetarea acestei clarificări diagnostice cruciale este în fașă și abia în viitor vom avea rezultate concludente. Aceste studii incipiente ne sugerează totuși cu certitudine să luăm în considerare posibilitatea ca pacienții care prezintă patologie borderline să sufere, de fapt, de sechele ale traumei timpurii. La momentul acesta putem examina un model de diagnostic larg acceptat al organizării borderline a Eului (Kernberg, 1984) pentru a determina dacă aceste criterii diagnostice sunt compatibile cu o viziune a patologiei borderline ca legată etiologic de trauma timpurie.

Otto Kernberg (1984) propune un model de diferențiere între structurile de

personalitate nevrotică, borderline și psihotică. Pacienții din zona borderline de funcționare a Eului, după cum afirmă Kernberg, au simptome și mecanisme psihologice reglatorii similare celor descrise în mare parte din literatura pe tema patologiei borderline (Gunderson, 1984; Masterson, 1976; Meissner, 1988; Searles, 1986; Volkan, 1987). Cu toate acestea, ceea ce descoperim la o cercetare mai amănunțită este că acești pacienți corespund și descrierii supraviețuitorilor traumei așa cum rezultă din literatura traumei.

Unul dintre criteriile diagnostice de bază în modelul lui Kernberg este gradul în care pacientul borderline prezintă difuzia identității, definită ca incapacitatea de a integra reprezentări contradictorii ale sinelui și ale celorlalți. Acest tip de difuzie a identității este în concordanță deplină cu tulburările de identitate și ale relației cu obiectul descrise în literatura traumei, așa cum rezultă din utilizarea disocierii de către persoanele traumatizate, din identitățile lor inerte (Young, 1988) și din tendința lor de a face transferuri traumatice asupra celorlalți (Spiegel, 1990).

Următorul criteriu pentru diagnosticarea structurii de personalitate borderline este constelația defensivă a pacientului. Se spune că pacienții borderline folosesc cu precădere „apărări de nivel scăzut" (Kernberg, 1984), precum clivajul, proiecția, identificarea proiectivă, negarea, idealizarea și devalorizarea primitive, omnipotența și punerea în act. Putem adăuga disocierea. Toate aceste apărări încorporează un soi de clivaj, apărare adaptativă și necesară pentru victima traumei. Literatura despre traumă susține clar că refularea nu este suficientă pentru a face față agresiunii copleșitoare a Eului reprezentată de trauma psihică, mai ales abuzul copilului.

Pentru ca victima traumei să supravieţuiască este nevoie de alte apărări, bazate pe clivaj; acestea sunt singurele metode prin care victima poate menţine o oarecare doză de reprezentări bune de sine şi ale celuilalt.

Un alt criteriu diagnostic al patologiei borderline este că, de obicei, pacientul menţine intactă testarea realităţii, care se clatină la creşterea presiunii interne sau externe sau la slăbirea structurii mediului. Încă o dată, descoperim aici o compatibilitate cu tendinţa supravieţuitorului traumei de a pendula între o testare precisă a realităţii şi o pierdere a acestei capacităţi sub presiune, mai ales atunci când stimuli interni sau externi declanşează apariţia amintirilor alungate ale evenimentelor traumatice. Aceste intervale corespund adeseori apariţiei unei stări a Eului — disociată, cu organizare primitivă, copleşită de groază şi de confuzia disperării — care este împietrită în timp într-o situaţie traumatizantă.

Kernberg descrie, de asemenea, manifestări „nespecifice" ale slăbiciunii Eului asociate cu patologia borderline: intoleranţa la anxietate, control slab al impulsurilor, deficit al capacităţii de sublimare şi lipsa integrării Supraeului marcată de reprezentări primitiv sadice şi înalt idealizate ale obiectului. Toţi aceşti indicatori ai patologiei borderline sunt compatibili şi cu indicatorii traumei psihice. Tendinţa supravieţuitorului de a regresa atunci când este hiperexcitat este similară intoleranţei la anxietate, care este descrisă aici. În mod similar, controlul slab al impulsurilor manifestat de pacientul borderline poate fi conceptualizat ca dependenţa generată neurobiologic a victimei traumei la stimulare traumatică continuă, precum şi ca tendinţa ei de a relaţiona cu ceilalţi prin intermediul unui transfer traumatic ce

induce comportamente dramatice de tip „luptă sau fugă". La fel, ineficacitatea sublimării este compatibilă cu viaţa fantasmată bifurcată a pacientului traumatizat, în care activitatea mentală sublimatoare este uneori diminuată de amintiri nesimbolizate, copleşitoare şi elaborări în fantasmă ale abuzului din trecut. În sfârşit, Supraeul neintegrat al pacientului borderline se potriveşte într-un model al traumei în care supravieţuitorul este dominat de obiecte sadice internalizate, contrabalansate defensiv de obiecte compensatorii idealizate.

Cercetările actuale nu ne permit să tragem concluzia că toţi pacienţii borderline sunt supravieţuitori ai unor traume sau că toţi supravieţuitorii

adulţi ai unor traume prezintă o structură borderline a Eului. Cu toate acestea, cercetările disponibile, combinate cu simetria diagnostică dintre criteriile patologiei borderline şi TSPT cronică, ne îndeamnă să credem că pacientul borderline din faţa noastră poate fi un supravieţuitor al unei traume psihologice timpurii. Cercetările întreprinse de Herman et al. (1989) sugerează, de fapt, că, cu cât tulburarea borderline a unui pacient este mai severă, cu atât este mai probabil să fi avut loc o traumă timpurie. Aşadar, trebuie luată serios în considerare posibilitatea ca un pacient borderline să aibă un istoric de traumă reală. Clinicienii îi pot întreba pe aceşti pacienţi despre existenţa unor evenimente traumatice timpurii, inclusiv despre abuzul sexual din copilărie, şi pot apela la derivate, vise, şi, mai ales, fenomene de transfer şi contratransfer cu o deschidere către rădăcinile lor traumatice.

CAPITOLUL 3

Un model integrativ al abuzului sexual din copilărie

În acest capitol trecem de la teoretic şi experimental la clinică şi încercăm să organizăm ceea ce am aflat din trecerea în revistă a literaturii de specialitate — atât psihanalitice, cât şi a cercetării contemporane — într-un model integrat pentru terapia psihanalitică a supravieţuitorilor adulţi ai abuzului sexual din copilărie. Ne concentrăm asupra blocajelor de dezvoltare pervazive şi adaptărilor defensive care se manifestă în apariţia unor fenomene clinice recurente specifice care se împletesc precum nişte laitmotive de-a lungul procesului terapeutic, precum şi asupra sechelelor specifice traumei cronice din copilărie, ale cărei efecte dramatice îi dezorganizează adesea pe terapeut şi pe pacient în egală măsură, oprind prematur procesul terapeutic şi promisiunea schimbării.

Din ampla bibliografie despre reacţiile posttraumatice şi cele întârziate, de stres posttraumatic, este limpede că o traumă cronică atât de severă precum abuzul sexual din copilărie exercită o influenţă definitorie asupra tuturor aspectelor — cognitive, emoţionale, comportamentale şi relaţionale — ale organizării interne şi concepţiei despre lume a supravieţuitorului adult. Cel mai puternic afectată este organizarea reprezentărilor sinelui şi obiectelor pacientului adult. Reprezentările adesea reciproc incompatibile ale părintelui ca un celălalt abuzator şi, altcumva, iubitor, precum şi experienţele polare ale sinelui crescut în preajma unor reprezentări atât de disparate ale obiectului ajung să fie tolerate şi în cele din urmă internalizate

prin intermediul procesului defensiv de disociere. Cu tot respectul cuvenit contribuţiei imense realizate de cercetătorii traumei, fără ale căror cunoştinţe despre procesul traumatic terapia eficientă ar fi imposibilă, ne îndoim că tipurile de sugestii de terapie „cathartică“ şi „abreactivă”, izvorâte din unele dintre aceste lucrări, pot fi suficiente pentru atingerea tipurilor de schimbare internă pe care le considerăm necesare. Dacă unul dintre obiectivele tratamentului este de a-l ajuta pe pacient să înţeleagă modul în care organizarea sa internă specifică a imaginilor sinelui şi obiectului îşi face simţită prezenţa în universul extern dificil al relaţiilor interpersonale, atunci este nevoie de mult mai mult decât de recuperarea abreactivă a amintirii traumatice.

Convingerea noastră este că numai într-un cadru de referinţă psihanalitic-relaţional se poate ajunge la aprecierea complexităţii depline a minţii umane şi a adaptării sale remarcabile la abuz. Acesta este modelul în care simbolurile, fantasmele, perturbările Eului şi experienţele de abandon şi trădare sunt modelate şi li se conferă un înţeles cu ajutorul funcţiei şi semnificaţiei lor într-un sistem de configuraţii complexe sine–obiect. Aici tiparele relaţionale complexe — actuale, transferenţiale şi trecute — oferă cheia înţelegerii sistemelor specifice ale imaginilor sinelui şi obiectelor prin care pacientul organizează experienţa; disocierea utilizată pentru a împiedica amintirile traumatice şi fantasmele înrudite să se infiltreze şi să contamineze reprezentări mai puţin rele; şi clivajul, proiecţia şi identificările proiective, pietre de temelie ale lumii obiectelor interne ale supravieţuitorilor adulţi şi ale dificultăţilor interpersonale actuale.

Patru puncte de întâlnire

Există patru arii specifice de întâlnire în care teoria traumei poate ajuta la iluminarea procesului psihanalitic cu supravieţuitori adulţi ai abuzului sexual din copilărie şi tipurilor de adaptări clinice care pot deveni necesare în cursul terapiei.

Codificarea simbolică a amintirii traumatice

O abordare clasică a amintirii traumatice diminuează importanţa abuzului sexual concret în sine, subliniind în schimb primatul semnificaţiei cu care aceste evenimente sunt impregnate pentru fiecare individ. De maximă importanţă aici sunt sistemul de fantasme care se conturează în jurul experienţelor de abuz şi modul în care astfel de experienţe reactivează şi intensifică organizări anterioare, pregenitale, predominant sadomasochiste, ale fantasmei şi experienţei.

Totuşi, pe de altă parte, cercetările traumei ne arată că, cu cât sunt mai copleşitoare experienţele concrete ale abuzului sexual, adică cu cât sunt mai sadice formele de abuz, şi cu cât debutul este mai timpuriu, cu cât este mai importantă relaţia dintre victimă şi abuzator, cu atât va fi pacientul mai copleşit şi mai dezorganizat. O astfel de viziune, care subliniază copleşirea traumatică a Eului, implică disfuncţii în toate ariile organizării psihologice —

afectivă, cognitivă şi de autoreglare. Aici, funcţiile de organizare, sintetizare şi simbolizare ale Eului sunt suprastimulate şi inundate, atât de regresia psihologică precipitată de abuzul din copilărie, cât şi de hipereactivitatea, mediată fiziologic, secundară experienţelor

groaznice din copilărie. Aceste experienţe devin astfel unele de haos experienţial neformulat. În lipsa unui Eu observator autoreflexiv care să furnizeze evenimentelor traumatice măcar rudimente de conţinere, semnificaţie şi structură, copilul trăieşte într-un coşmar — atemporal, fără de obiect, fără de sine — de suferinţă nesfârşită, izolare şi, în cele din urmă, disoluţie psihică. Atunci când revin, amintirile unui astfel de abuz o fac numai sub forma unei imagistici eidetice[1] intruzive, schimbărilor de dispoziţie radicale şi inexplicabile, simptomatologiei resimţite somatic, atacurilor de panică ş.a.m.d. Recuperarea amintirilor abuzului timpuriu a început, în cazul unei paciente, cu episoade recurente de trezire în miez de noapte, în care simţea că se îneacă cu o „substanţă lichidă oribilă“ pe care „nu putea nici s-o înghită şi nici s-o scuipe”. O altă pacientă avea imagini recurente cu un bărbat care stătea ameninţător în uşa camerei ei, în fiecare noapte înainte să adoarmă. „Era ca o halucinaţie şi totuşi ştiam că nu sunt nebună. Aveam un sentiment copleşitor de pericol iminent de care nu puteam să scap."

O întrebare fundamentală, încorporată în continuumul dintre amintirea codificată verbal şi o astfel de experienţă neformulată, ajunge la nucleul unei dezbateri terapeutice majore. Este experienţa traumatică încorporată într-o semnificaţie impregnată de fantasmă şi care poate fi verbalizată, simţită şi făcută accesibilă interpretării psihanalitice tradiţionale; sau regresia Eului, precipitată de traumă, a făcut inoperante funcţiile simbolice? În măsura în care experienţele traumatice rămân nesimbolizate, ele rămân încrustate într-un nucleu primitiv de groază inexprimabilă şi panică fenomenologic lipsită de semnificaţie, ideaţie intruzivă şi senzaţii somatice.

Astfel, ele există în afara ariei obişnuite a experienţei amintite, indisponibile pentru procesele autoreflexive şi pentru examinarea analitică. Doar o abordare care integrează ceea ce am ajuns să înţelegem despre simbolizarea şi codificarea amintirii traumatice într-un cadru de referinţă al unei abordări psihanalitice relaţionale, poate oferi un teren de lucru pentru perlaborarea

unor astfel de amintiri traumatice.

Sisteme disociate ale reprezentării sinelui şi obiectelor

Din trecerea în revistă a lucrărilor despre traumă ieşim cu o convingere neclintită în legătura inextricabilă dintre abuzul recurent din copilărie şi procesul defensiv de disociere. Deşi conceptul de disociere este discutat mai detaliat în Capitolul 4, dorim să subliniem aici progresul rezultat din încorporarea acestui concept într-o perspectivă psihanalitică. Lucrările de cercetare vorbesc despre disocierea evenimentelor traumatice şi a amintirilor acestora, care rămân neintegrate şi neconectate cu restul experienţelor individului. Modelul nostru integrativ subliniază că nu numai amintirea anumitor experienţe traumatice ajunge să fie disociată de alte experienţe, ci şi organizarea sistemelor reciproc exclusive ale reprezentărilor sinelui şi obiectului, care s-au format în relaţie cu astfel de momente traumatice. Numai prin intermediul reactivării unor astfel de sisteme disociate ale reprezentărilor sinelui şi obiectului, terapeutul care lucrează cu un supravieţuitor adult îşi poate ajuta pacientul să integreze aceste imagini, altfel inaccesibile, care îi influenţează într-o măsură atât de mare experienţa interpersonală a lumii. Cu alte cuvinte, nu ar trebui să tindem să integrăm mai eficient doar amintirile unor

experienţe de abuz concrete, ci şi experienţele multiple ale fiecărui pacient despre sine aşa cum sunt aflate în relaţie cu aspecte fragmentate defensiv ale lumii obiectelor sale interne. Acesta este echivalentul contemporan al activităţii lui Janet pe marginea disocierii şi al propriei noastre abordări integrative actuale pentru tratarea tulburărilor traumatogene.

Regresii subite şi experienţe de dezorganizare

Lucrările despre dezvoltare, indiferent de orientarea psihanalitică specifică, presupun că debutul consolidării dezvoltării Eului şi al integrităţii sinelui se situează în jurul unui ataşament securizant faţă de o persoană afectuoasă şi protectoare. Acest ataşament oferă o bază de siguranţă, fundalul securităţii, ordinii, predictibilităţii şi controlului, care îi permite copilului să-şi înceapă relaţia cu lumea noastră complexă, periculoasă şi, adeseori, hiperstimulantă. Această relaţie securizantă devine paradisul de unde copiii mici îşi dobândesc încrederea în capacitatea lor de a controla evenimente externe; omnipotenţa,

dacă vreți, care potențează implicarea activă a copilului în ceea ce altfel ar părea să fie niște sarcini de dezvoltare copleșitoare. Este, de asemenea, refugiul în care copilul se retrage pentru alinare și confort, când omnipotența îi este pusă la încercare sau zădărnicită de experiențe de eșec și frustrare.

Intensitatea și importanţa acestei legături parentale timpurii și haosul dezvoltării care îi însoțește orice perturbare au fost clar consemnate în cercetările făcute pe oameni și primate. Van der Kolk (1987) vede pierderea acestei baze securizantă

ca pe „cea mai timpurie și probabil cea mai nocivă traumă psihologică" (p. 32). Din acest punct de vedere, atât părintele care abuzează, cât și cel care nu reușește să protejeze sunt vinovați de trădare fundamentală; de anularea responsabilității parentale esențiale și fundamentale. Brandt Steele (1986) subliniază această idee:

„Suntem totuși convinși că cel mai semnificativ element, cel puțin din punctul de vedere al producerii vătămării psihologice, nu este intensitatea stimulilor în sine, ci eșecul scutului protector care i-ar permite aparatului psihic să asimileze sau să contracareze stimulii. (…) În diagnosticarea maltratării traumatice a copiilor este mai ușor să numeri vânătăi și fracturi sau abuzuri sexuale decât să determini câtă iubire, grijă și protecție au lipsit. În mod similar, în terapie este mai ușor să descrii evenimente trecute de traumă fizică și sexuală decât este să repari deficiențele, mai semnificative, dar mai greu accesibile, ale scutului protector. Acest lucru este cu atât mai dificil cu cât abuzatorul este în același timp și persoana primară de îngrijire (pp. 61–62)".

Copiii privați de acest sentiment constant de bunăstare sunt temători și prezintă un atașament anxios. Paradoxal, chiar și abuzul cel mai grav intensifică în loc să diminueze acest comportament disperat de dependență. Pynoos și Eth (1985), care au scris pe larg despre manifestările tulburărilor de stres posttraumatic la copiii abuzați, fac observații asemănătoare. Ei îi descriu pe acești copii ca fiind incapabili să moduleze agresivitatea, fie față de ceilalți, fie față de ei înșiși. Ei menționează comportamentele extinse autodistructive și de automutilare, încercări

perseverente, ritmice de autocalmare, modificări cognitive, distorsiuni

temporale, tendință spre gândirea magică și vulnerabilitate pe viață la episoade depresive severe.

Cu siguranță, adulții care au fost abuzați sexual în copilărie, mai ales în cazurile în care un astfel de abuz a fost înfăptuit de unul sau de ambii părinți, cu greu pot să evoce prezența obiectelor interne iubitoare și protectoare în momente în care stări de panică amenință cu dezorganizarea regresivă acută. Cum niciun părinte sau nicio persoană dragă nu părea să pună capăt nopților pline de groază ale abuzurilor, supraviețuitorul adult devine incapabil să apeleze la reprezentări interne ale obiectelor interne protectoare pentru a-l ajuta să aline, să conțină și, în cele din urmă, să controleze flashbackurile de panică, dezorganizare și stările de hiperexcitație intensă, mediate fiziologic. Într-adevăr, literatura traumei ne avertizează că supraviețuitorii demonstrează o abilitate diminuată de a utiliza operațiile mentale simbolice și, sub influența unei astfel de excitații și dezorganizări în care procesele mentale eșuează, supraviețuitorul traumei se obișnuiește să răspundă la amenințări sau la percepția amenințărilor mai degrabă prin acțiune decât prin rațiune.

Aceleași lucrări ne indică și că, din cauză că au fost corelate în trecut cu situații de abuz, până și întâmplările cele mai arbitrare pot declanșa tipurile de regresii acute despre care vorbim. Când astfel de declanșatori apar din trăirea intensă de către pacient a implicațiilor transferului–contratransferului, natura obiectală a regresiei o poate face să pară chiar mai abruptă, mai intensă și mai perturbatoare. Astfel, este obligatoriu ca terapeutul care lucrează cu un supraviețuitor adult al

unui abuz sexual din copilărie să se familiarizeze și să se simtă în largul lui cu tipurile de schimbări bruște, modificări dramatice ale dispoziției și episoade de regresie dezorganizantă, care devin una dintre pietrele de temelie ale acestei munci complexe. În absența oricărui obiect iubitor sau suportiv, intern sau extern, rămâne în cele din urmă ca pacientul și terapeutul să țeasă această plasă de siguranță pentru a permite dezvăluirea și apariția unor reprezentări interne atât de toxice și de periculoase.

Hiperreactivitatea și răspunsul traumatic la stimuli arbitrari

În Capitolul 2 am trecut în revistă modificările biochimice care apar ca urmare a abuzului timpuriu și cronic din copilărie. Este de-acum

binecunoscut, în domeniul traumatologiei, faptul că răspunsuri atât de intense, de tip „totul sau nimic", includ hiperreactivitate generalizată, reacţii pripite, irascibilitate extremă, coşmaruri, gânduri intruzive, flashbackuri ale evenimentelor traumatice prin evocarea unor amintiri dependente de stare şi, în cele din urmă, tipul de regresie şi dezorganizare a proceselor gândirii pe care tocmai le-am descris. De o importanţă specială în înţelegerea clinică şi gestionarea acestor simptome este descoperirea faptului că, în reacţiile de stres traumatic, poate apărea toleranţa la stimulii traumatici iniţiali, iar stimuli aparent neutri, dar totuşi înrudiţi, declanşează o astfel de reacţie traumatică (van der Kolk, 1988). Cu siguranţă, această listă de simptome le este familiară celor care lucrează cu supravieţuitori adulţi ai abuzului sexual din copilărie şi, probabil, cu categoria mai vastă de pacienţi pe care ne-am obişnuit să-i

considerăm ca manifestând o patologie borderline severă.

Manifestări clinice ale acestor procese apar din belşug în terapia cu adulţi care au fost abuzaţi sexual în copilărie. O pacientă începea să tremure şi să transpire la simplul gust al untului de arahide. Spunea că se simte ameţită şi „cu mintea înceţoşată", incapabilă să-şi pună ordine în gânduri după o astfel de experienţă. A durat ceva timp până ce pacienta a fost capabilă să înţeleagă pe deplin simptomul. Deşi untul de arahide nu pare să fie direct legat de experienţele incestuoase dintre ea şi tatăl ei, sendvişurile cu unt de arahide reprezentau masa de prânz pe care o mâncau împreună în zilele când mama îi lăsa singuri acasă. Devenise astfel un simplu stimul condiţionat, învăţat în stil clasic, legat asociativ de amintirile incestuoase, evocând o reacţie fiziologică înainte chiar ca amintirile să fie recuperate în terapie.

Astfel de conexiuni sunt neprețuite pentru înţelegerea proceselor fiziologice care leagă psihicul de soma. Ele ajută la clarificarea anumitor explicaţii psihanalitice ale acestei relaţii, precum conceptualizarea, realizată de Joyce McDougall, a simptomatologiei somatice, ca avându-şi rădăcinile în forcluderea reprezentării simbolice (1989) sau înţelegerea alexitimiei, în viziunea lui Henry Krystal, ca ruptură între afect şi legăturile sale de reprezentare (1988). Cunoașterea acestor simptome este utilă şi pentru sensibilizarea noastră cu privire la posibila prezenţă a experienţei traumatice timpurii. Pacienţii cu istoric de traumă prezintă adeseori o multitudine de

acuze somatice surprinzătoare şi inexplicabile din punct de vedere medical. Un astfel de tablou sau experienţe de confuzie medicală şi

simptomatologie nediagnosticabilă ar trebui să-l alerteze pe clinician cu privire la posibilitatea abuzului din copilărie în istoricul pacientului.

Prezentarea clinică a abuzului traumatic din copilărie

Mergând de la teorie şi cercetare către practica clinică, putem alege din aceste patru perspective un punct de vedere relaţional integrat — un tablou compozit, dacă doriţi, al supravieţuitorilor adulţi ai abuzului traumatogen din copilărie, aşa cum se înfăţişează la terapie.

Izbitoare la prezentarea clinică a supravieţuitorilor adulţi este juxtapunerea a ceea ce pare a fi o simptomatologie oarecum primitivă, intruzivă şi disruptivă la nişte persoane, de altfel, funcţionale şi adesea de mare succes. Acesta este probabil primul derivat al proceselor disociative din fundal pe care îl va observa clinicianul — unul care dă adesea naştere unor diagnostice greşite. Nu este ceva neobişnuit pentru supravieţuitorii adulţi să se prezinte cu o înşiruire de diagnostice anterioare foarte diverse, contradictorii şi derutante pentru cei care nu sunt familiarizaţi cu această categorie de pacienţi. Prima vinietă clinică de la finalul acestei secţiuni descrie o pacientă care fusese diagnosticată de terapeutul anterior cu „schizofrenie paranoidă cu trăsături borderline"! În consultaţia de lungă durată aceşti pacienţi se pot schimba dramatic de la o zi la alta; chiar şi dintr-un moment în altul, arătând diverse niveluri ale organizării Eului în momente diferite, întotdeauna în contexte emoţionale şi relaţionale diferite.

Din cauza faptului că de regulă sunt persoane perfect funcţionale, care se

clatină perpetuu la graniţa evocării lumii lor disociate de experienţe arhaice, paranoide sau haotice, aceşti pacienţi sunt speriaţi, rigizi şi adesea hipervigilenţi. Trebuie să rămână întotdeauna conştienţi de orice declanşatori — interpersonali, transferenţiali sau de mediu — ai trăirii lor disociative. Par întotdeauna gata să fugă din şedinţă într-o clipită, în ceea ce ar putea fi privit ca manifestarea clinică a reacţiilor de luptă/fugă/încremenire comune supravieţuitorilor traumei. Sunt precauţi cu ceea ce îi spun analistului. Îşi aleg cu grijă cuvintele. Le este greu, dacă nu imposibil, să se joace. Adesea sunt

agitați, la granița cu isteria.

Supraviețuitorii adulți ai abuzului sexual din copilărie se prezintă fie ca foarte emoționali și reactivi la stimuli interni și externi, fie ca reci, detașați, clivați sau chiar încremeniți din punct de vedere emoțional. Aici ambele extreme vorbesc despre incapacitatea lor de a modula reacțiile afective; în primul caz, reacția este vizibil evitantă; la cealaltă extremă, o astfel de apărare nu poate fi aranjată. Tabloul clinic este destul de diferit, dar ambii pacienți acționează ca răspuns la propria lor vulnerabilitate în fața repunerii în scenă regresive, dezorganizante, traumatice. În primul caz pacientul este veșnic în criză, trecând de la o repunere în scenă terifiantă la alta, doar cu mici pauze de respiro între ele. În celălalt, pacienta se simte într-o evitare continuă a prăbușirii ultime în haos, dezorganizare, psihoză. Există o vagă bănuială că dincolo de imobilitatea emoțională se află o durere sfâșietoare și incontrolabilă. Astfel de pacienți au adesea vise în care se prăbușesc în abisuri fără fund, li se deschide pământul sub picioare, sunt înghițiți de un spațiu necunoscut și nesfârșit ș.a.m.d. Pacientele noastre au oroare de divan, de tăcerile lungi, de

răspunsuri terapeutice vagi sau de orice altă tehnică ce le împinge, dincolo de control, într-o stare fără obiect. Dat fiind că încă nu au învățat să se joace cu gândurile și ideile, nu-și permit să-și lase imaginea de sine și imaginea de celălalt să rătăcească liber. Granițele sunt fie inexistente, fie menținute rigid. Groaza este concretă, iar analistul este, transferențial, veșnic pe punctul de a deveni celălalt abuzator sau abuzat, cu pacienta în rolul complementar. Desigur, aceste descrieri reprezintă extremele și adesea exact această disociere permite unuia dintre aspectele persoanei pacientului să interacționeze într-un mod viu, ludic și receptiv emoțional. Cu toate acestea, cu supraviețuitorii adulți se poate simți întotdeauna hipervigilența care controlează accesul către interior, apărându-l pe copilul disociat, abuzat, de alte complicații dureroase.

La fel de comun este istoricul bogat în simptome somatice derutante, boli nediagnosticabile, spitalizări și proceduri medicale invazive, dar neconcludente. Acești pacienți prezintă frecvent semne de suferință fiziologică vizibilă, chiar de la prima consultație. Dârdâială, tremur al mâinilor, transpirație, îmbujorare, eructație sau flatulență excesivă,

sensibilitate la schimbările de temperatură din cabinet şi multe altele pot fi toate aspecte ale tabloului clinic. Astfel de istorice şi astfel de simptomatologii reflectă, în opinia noastră, confluenţa a trei factori diferiţi: schimbările fiziologice secundare cazurilor de abuz sever; faptul că amintirile particulare ale abuzului sunt codificate adesea în anumite stări somatice care revin cu regularitate, mai ales în momente de stres acut; şi, în sfârşit, faptul că procedurile medicale invazive (la fel ca gesturile adictive de autovătămare) reprezintă repuneri în

scenă ale abuzului sexual dureros, intruziv.

Să ne îndreptăm către trei descrieri de caz foarte diferite, care vor ilustra unele dintre fenomenele discutate. Fiecare este descrierea unei paciente venite la prima consultaţie. În fiecare caz, pacienta s-a dovedit a fi o supravieţuitoare a abuzului sexual din copilărie.

Cazul 1

Melissa avea 22 de ani la momentul consultaţiei iniţiale, deşi nu părea să aibă mai mult de 15. Era îmbrăcată lejer, aproape şleampăt, în blugi şi un tricou rupt. Vorbea şoptit, cu voce de fetiţă, şi avea un aer atât de neajutorat, aproape demn de milă, şi de firav, încât analista s-a gândit că fusese adusă de vânt şi că tot aşa vântul ar fi putut s-o ia pe sus şi s-o sufle înapoi afară. În timpul primei consultaţii a plâns încontinuu, tremurând din tot corpul şi transpirând profund. Se înroşea vizibil ori de câte ori era menţinut contactul vizual. Mama Melissei era pe moarte şi actualul ei terapeut era pe punctul de a se muta în alt stat şi de a întrerupe terapia. Pacienta a făcut un istoric al interacţiunilor familiale disfuncţionale, contact permanent cu grupuri de tineret şi terapeuţi pe care ea singură îi căutase şi probleme minore cu abuz de alcool şi droguri, precum şi promiscuitate sexuală periculoasă şi puneri în act ilegale. Melissa se simţea disperată, pe punctul de a-şi lua viaţa. A rugat-o pe analistă să o primească în terapie, spunând că ar „face orice dacă o va primi".

La şedinţa următoare a apărut o Melissa uluitor de diferită. A venit

îmbrăcată într-un costum business elegant, cu părul ei iniţial creţ şi indisciplinat, acum lăsându-i la vedere chipul. Era fardată cu grijă şi arăta trăsnet. Avea o voce mai profundă şi mai vibrantă, iar analista a fost uluită de

schimbarea atât din vocabularul ei, cât și din procesele ei de gândire. Întrebată despre aceleași lucruri despre care vorbise cu două zile înainte, reacțiile ei emoționale au fost izbitor de diferite. De exemplu, luni vărsa șiroaie de lacrimi pentru moartea iminentă a mamei, iar miercuri a spus: „Întotdeauna am urât-o și m-a urât. (…) E o nenorocită. (…) nu cred că o să-mi fie prea dor de ea. (…) Alaltăieri am plâns doar pentru că așa se face când îți moare mama". De menționat și faptul că, miercuri, pacienta era mult mai puțin în contact cu amintirile din copilărie decât fusese luni. Amintirile erau mai anecdotice, iar disponibilitatea ei emoțională era mult mai limitată.

După ce și-a revenit din șoc, analista a comentat despre cât de diferită părea pacienta în ziua aceea. Melissa a râs, pentru prima oară în ședința aceea, chiar cu poftă, și a explicat ca și cum era cel mai firesc lucru din lume: „Ah, asta era luni. (…) Lunea sunt mică, pentru că nu merg la școală sau la serviciu. (…) M-ai văzut în hainele de joacă. (…) Azi mă vezi în varianta adultă". Pacienta a vorbit apoi despre ceea ce nu menționase mai înainte, că avea un serviciu de mare responsabilitate și că în prezent se pregătea să dea la facultatea de medicină. A explicat că știa că mama ei urma să moară până atunci și că își putea permite foarte ușor, cu moștenirea pe care urma să o primească, să fie studentă cu normă întreagă!

Într-o convorbire telefonică, fostul terapeut al Melissei o descrisese ca fiind „femeie cu schizofrenie paranoidă cu trăsături borderline". Fostul terapeut părea să încerce să integreze experiențe personale divergente ale acestei paciente, folosind o etichetă diagnostică ce nu avea niciun sens. Această strădanie poate fi clar una formidabilă — și poate fi suficientă pentru a explica apariția frecventă a unor astfel de diagnostice aiuristice în prezentarea supraviețuitorilor adulți.

Cazul 2

Emily avea 34 de ani, era căsătorită și mamă a trei copii de 2, 6 și 9 ani. Fusese spitalizată ca urmare a unei tentative grave de sinucidere, și la externare i se recomandase terapie. Avea un istoric lung de depresie recurentă încă de la începutul adolescenței. I-a descris pe cei din familie ca fiind fie abuzivi emoțional, fie neglijenți și absenți și, în afară de asta, nu voia sau nu putea spune mare lucru despre ei. Mai avusese o tentativă de sinucidere la 16 ani, urmată de o scurtă spitalizare. Încercarea de sinucidere fusese pusă pe

seama despărţirii de un iubit din liceu, dar pacienta îşi aminteşte că „mai era ceva la momentul acela… ceva ce nu-mi amintesc prea bine. Nu sunt sigură nici că ştiam atunci exact despre ce era vorba, dar era acolo şi era ceva ce m-am gândit că nu pot suporta. Îmi amintesc că am încercat să-i spun terapeutului din spital. Era ceva legat de tatăl meu. Îmi amintesc că a râs şi mi-a spus că dramatizam şi ceream atenţie. Nu ştiu, dar a fost extrem de ciudat… pentru că

nimeni din familia mea nu m-a întrebat vreodată de ce am încercat să mă sinucid. Dacă copilul tău ar face aşa ceva, nu l-ai întreba măcar de ce?"

Emily a supravieţuit anilor de liceu în ceea ce se poate numi o stupoare indusă de alcool şi droguri, trecând de la o relaţie sexuală promiscuă şi periculoasă la alta. Aceste relaţii aveau întotdeauna o tentă de agresivitate şi presupuneau puneri în scenă sadomasochiste făţişe. Deşi inteligentă, abia şi-a luat examenele şi ar fi fost exmatriculată de la facultate dacă nu l-ar fi cunoscut pe soţul ei actual la sfârşitul primului an. În acea primă şedinţă, şi-a amintit cât de bun era cu ea: „Era singurul om bun din viaţa mea… avea grijă de mine şi chiar am reuşit să mă redresez pentru câţiva ani. Ştiam că nu mă putea tolera în niciun caz aşa cum fusesem… acel lucru rău şi murdar".

În contextul acestei relaţii, şi cu ajutorul antidepresivelor şi tranchilizantelor, Emily a reuşit să aibă o viaţă destul de liniştită în următorii ani. Îşi privea soţul ca pe „salvatorul" ei şi credea că familia şi căsnicia vor pune capăt coşmarului ei de neglijare parentală şi suferinţă autoindusă. Într-adevăr, soţul ei părea să se identifice cu rolul lui de salvator; era tandru şi atent, hotărât să o salveze pe fetiţa rănită pe care o simţea dincolo de suprafaţa poveştii haotice de viaţă a soţiei lui. Cu toate acestea, odată cu naşterea copiilor, atenţia pe care o acorda înainte soţiei în relaţia lor diadică s-a transferat treptat către presiunile şi exigenţele constante ale rolului de tată şi cap de familie. Emily era din ce în ce mai furioasă din cauza a ceea ce i se părea a fi un abandon din partea lui şi, încet, dar sigur, a început să aibă diverse simptome.

Depresia i s-a agravat, de data aceasta combinată şi cu atacuri de panică, ce au ajuns în final să o blocheze în casă în majoritatea timpului. Avea coşmaruri persistente din care se trezea gâfâind, transpirată şi îngrozită. Nu-şi amintea aproape nimic din conţinutul acestor vise, doar că erau violente şi că

ea era în mare pericol.

Cu şase luni înainte de ultima sa tentativă de sinucidere, Emily îşi făcuse un control medical amănunţit pentru a afla dacă suferea sau nu de scleroză multiplă. Avea furnicături, amorţeli şi slăbiciune musculară în mai multe părţi ale corpului. Simptomele, deşi severe uneori, nu putuseră fi diagnosticate şi nu corespundeau niciunui traseu neurologic cunoscut. Se implicase foarte serios în procedurile medicale şi făcuse faţă acestei crize mai bine şi cu mai mult calm decât în orice altă situaţie din trecutul recent. Tentativa de sinucidere s-a produs la cinci săptămâni după ce doctorii au declarat că nu au găsit nimic în neregulă.

Emily vorbea precipitat sau deloc. Era foarte labilă emoţional şi extrem de reactivă chiar şi la cele mai minuscule percepţii ale comportamentului, atitudinii sau reacţiilor terapeutei faţă de ea. Gândirea îi era adesea haotică şi dezorganizată şi părea să gonească din criză în criză, fără măcar să apuce să-şi tragă sufletul. După două luni de terapie cu două şedinţe pe săptămână, Emily a reuşit să înceapă recuperarea amintirilor despre incest, care implica şi tortură sadică explicită.

Cazul 3

Delores, în vârstă de 28 de ani, fusese redactor la *Law Review* la prestigioasa ei facultate de top. Avusese rezultate academice excepţionale şi după absolvire fusese curtată pentru cele mai râvnite posturi. Pe lângă mintea strălucită, mai era şi frumoasă, vorbea elocvent şi era foarte sigură în mişcări. Câştiga o grămadă de bani şi trăia singură, pe picior mare. Deşi era o persoană caldă, Delores avea puţini prieteni. Pe femei i se părea că le intimida, iar cu bărbaţii nu putea avea decât relaţii platonice. Majoritatea prietenilor ei erau bărbaţi însuraţi cu care avea relaţii profesionale apropiate, dar cu care nu se prea vedea în afara orelor de program. Era extrem de îngrijorată de ceea ce considera a fi frigiditatea ei şi de incapacitatea ei de a menţine o relaţie sexuală stabilă. Avusese relaţii atât cu bărbaţi, cât şi cu femei, dar se simţise la fel de nereceptivă în ambele cazuri. În ultima vreme începuse să se întrebe dacă nu cumva se întâmplase „ceva sexual" între ea şi tatăl ei (avocat de succes şi el) când era mică şi, deşi ajunsese să creadă că da, nu avea nicio amintire precisă despre o astfel de experienţă. A început o psihanaliză.

După numai câteva luni, și în contextul unei perioade de transfer pozitiv extrem de intens și de dorință de o apropiere mai mare de analistă, Delores a reușit să dezvăluie lucruri pe care până atunci le ținuse pentru ea. În primul rând, că încă își sugea degetul la culcare pentru a-și calma anxietatea legată de slăbirea controlului și alunecarea în somn. Și, în al doilea rând, că avea un

istoric lung și neîntrerupt de tăiere neletală a venelor, încorporată uneori în fanteziile ei sexuale și masturbatorii. Anxietatea intensă interfera cu capacitatea ei de a integra aceste fantezii în contextul unei întâlniri sexuale reale și acesta era probabil unul din motivele lipsei sale de receptivitate sexuală. Bănuielile lui Delores cu privire la abuzul sexual din copilărie erau acum dublate de cele ale analistei.

Implicații terapeutice

Abuzul sexual din copilărie este o formă de traumă cronică, în care persoana abuzatoare suprastimulează și copleșește capacitățile Eului copilului, în așa măsură încât le face complet inoperante. Atunci când un astfel de abuz este comis de un membru de încredere al familiei, mai ales de un părinte, copilul nu își pierde doar propriile capacități, ci și orice abilitate de a se baza pe cele ale Eului auxiliar al mamei sau tatălui. Nu se poate încrede în părintele abuzator, și dezvăluirea abuzului către celălalt părinte pune în joc destrămarea întregii familii. Pentru copilul mic, aceasta este o amenințare chiar la adresa propriei existențe. Aceasta este răscrucea psihică la care disocierea joacă un rol adaptativ crucial. Într-un efort de a conserva rămășitele capacității de a avea încredere în susținerea emoțională și fizică a părinților, mica victimă a abuzului traumatic își rupe în două părți, în mod fundamental, Eul, adică experiența propriului sine și a celuilalt, internă și externă. Una reprezintă activitatea obișnuită, sinele de zi cu zi, partea care reacționează la negarea abuzului de către părinte cu propria negare. Nimeni nu vorbește despre

celălalt sine, cel din timpul nopții. Acesta există doar ca parte a unei stări de reverie, a cărei întreagă existență capătă un aer de irealitate vagă la lumina zilei.

Deoarece nu poate vorbi niciodată despre realitatea abuzului, nu există

conexiuni verbale între experienţele celor două aspecte disociate ale sinelui. Copilul abuzat pune în scenă, dar, în cele mai multe cazuri, rămâne fără cuvinte în faţa groazei şi a regresiei Eului, mediate psihic şi fiziologic de aceasta. Copilul aflat în negare este obligat să menţină această absenţă a cuvintelor prin cea mai strictă coluziune familială şi prin conştientizarea caracterului precar al propriei supravieţuiri neîntrerupte. În absenţa capacităţii de codificare a experienţelor terifiante prin intermediul reprezentării verbale, nu poate exista nicio comunicare între cele două experienţe ale sinelui.

În cazul abuzului cronic, ceea ce începe ca un aspect disociat al trăirii se organizează într-un sistem blocat de reprezentări internalizate ale sinelui şi obiectului, care protejează restul personalităţii de efectele îngrozitoare şi destructurante psihic ale traumei. Copilul abuzat rămâne blocat în propria lui lume — o lume în care au loc doar abuzatori, victime, salvatori şi cei care aleg să rămână neimplicaţi sau neştiutori, într-un mod defensiv. Acolo trăieşte constant, fără cuvintele cu care să povestească ce i se întâmplă. Deşi epuizat, cu siguranţă, de efortul imens necesar pentru a menţine un astfel de clivaj psihic şi de conştientizare vagă, ca într-un vis, că „ceva nu este în regulă", copilul este liber să se dezvolte şi să se maturizeze relativ scutit de efectele otrăvitoare ale unor introiecţii atât de toxice şi ale identificărilor aferente.

Prezenţa acestei disocieri contribuie mult la explicarea întinderii tabloului clinic descris. Faptul că lumea psihică a pacientei este organizată în jurul a cel puţin două centre diferite ale experienţei şi încorporează, ca să spunem aşa, două sisteme complet diferite, care se exclud reciproc, ale reprezentărilor sinelui şi obiectului, dă naştere, în ambele cazuri, unor capacităţi ale Eului care reflectă poveşti de viaţă complet diferite. Astfel, este de aşteptat, în lucrul cu astfel de supravieţuitoare adulte, să apară simptome asociate de obicei cu forme mai grave de psihopatologie, în contextul unor capacităţi funcţionale aparent superioare. Cu toate acestea, este de aşteptat şi ca aceste capacităţi să varieze de la o zi la alta, în aceeaşi şedinţă, şi, cu certitudine, atunci când amintirile abuzului vor începe să iasă la lumină. Analiştii care lucrează cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie se obişnuiesc cu faptul că au cel puţin doi pacienţi diferiţi în terapie şi că tehnica analitică va varia în funcţie de sistemul de reprezentări ale sinelui şi obiectului care este evocat şi pus în scenă în cadrul procesului de transfer–

contratransfer din fiecare moment.

Cu toate acestea, absența cuvintelor — faptul că, în atât de multe cazuri, pacienta nu a codificat niciodată în cuvinte ceea ce i s-a întâmplat — îl pune în fața celei mai provocatoare dileme pe analistul care are un astfel de caz. Analiștii sunt obișnuiți să conteze pe cuvinte: limba este și a fost întotdeauna vehiculul nostru. Nu este greu pentru neiniţiaţi — atât terapeut, cât și pacient — să fie deviaţi serios de la curs de limbajul imaginilor dematerializate, de stările ca de vis, de amintiri somatice și de stări fiziologice de hiperexcitație și destructurare, atât de obișnuite

în terapia supraviețuitorilor adulți. Cum să ajungi la aspecte atât de fundamentale ale trăirii, acolo unde nu există cuvinte? Cum să evoci o experiență a sinelui și a celuilalt, disociată defensiv de reprezentările sinelui și obiectului mai palpabile? Cum să încurajezi și să susții nevoia pacientei de a crede într-o realitate care se exprimă doar prin schimbări de dispoziție, stări corporale, imagini dezorganizate și gânduri intruzive ireal de efemere? În sfârșit, puntea inițială către amintirea traumatică și o deschidere terapeutică spre stările vagi și perturbatoare descrise, sunt oferite de restabilirea și repunerea în scenă a anumitor paradgime de transfer-contratransfer în analiză; și, de asemenea, de capacitatea unor astfel de repuneri în scenă transferențiale de a evoca amintiri dependente de stare, încorporate și organizate în jurul acelor experiențe neintegrate ale unor relații reale sau fantasmate cu ceilalți.

O ilustrare clinică ar putea să pună în lumină unele dintre aceste chestiuni. Jenny era o tânără de 28 de ani, care se mutase recent în această parte a țării pentru a face un rezidențiat în medicină internă. Într-un prim contact telefonic, pacienta a informat-o pe terapeută că avusese un istoric lung de incest violent; și, deși cunoștea preocuparea terapeutei pentru acest subiect și era singură că, prin urmare, va fi delicată cu privire la multe dintre aspectele aferente, voia să își exprime limpede convingerea că rezolvase complet problemele abuzului sexual într-o terapie anterioară, cu câțiva ani înainte.

Voia să reia acum terapia, deoarece simțea o mare anxietate la începerea rezidențiatului și chiar era conștientă de mai multe manifestări fiziologice

perturbatoare ale acestei anxietăți, pentru care știa că nu există nicio cauză

medicală. Pacienta a descris atacuri de panică recurente, uşoare spre moderate, însoţite de ameţeală, senzaţie de leşin şi dificultăţi de concentrare. Transpira abundent şi simţea cât de tare îi bate inima. Deoarece aceste episoade apăreau doar la spital, Jenny presupusese că erau legate de nesiguranţa de început cu privire la debutul unui nou capitol al carierei profesionale. Cu toate acestea, atacurile nu încetaseră şi nici nu se diminuaseră măcar odată cu trecerea timpului şi cu faptul că se simţea tot mai în largul ei la muncă.

Când a intrat în cabinet, pacienta părea atrăgătoare, îmbrăcată adecvat şi foarte elocventă. Deşi pretindea că e calmă, „deoarece, aşa cum v-am spus, am mai trecut prin asta o dată", pretinsa ei nonşalanţă era contrazisă de multă foială, frământare a mâinilor, răsucire a degetelor şi joacă cu şuviţele de păr. Corpul ei părea să fie în continuă mişcare.

Jenny a povestit că fusese victima unui abuz sexual sadic şi destul de violent din partea tatălui ei, început în jurul vârstei de 5 ani, şi care continuase până când a avut prima menstruaţie, la 12 ani. Deşi a oferit detalii despre abuz — mângâieri sexuale, penetrare digitală şi felaţie forţată —, imaginile erau vagi, descrierea foarte clinică, iar afectul era detaşat şi izbitor de îndepărtat. Terapeuta a început să se întrebe cât din experienţa pacientei şi din afectele aferente rămăseseră disociate. În consecinţă, a făcut un comentariu cu privire la capacitatea pacientei de a vorbi atât de calm despre astfel de întâmplări, iar pacienta a asigurat-o că acest calm aparent era doar rezultatul terapiei anterioare. „La urma urmei", a spus ea într-o întorsătură

uluitoare, „eu nu sunt dintre aceia care disociază masiv. Eu n-am uitat niciodată că am fost abuzată, aşa că nu a fost atât de şocant să vorbesc despre asta."

Cu toate acestea, pe măsură ce terapia a avansat, se remarca faptul că Jenny nu vorbise niciodată despre aspecte explicite ale abuzului. Mai mult, atunci când terapeuta a întrebat-o dacă, dat fiind trecutul ei, atacurile de panică ar fi putut avea legătură cu faptul că examina atât de multe corpuri dezbrăcate în fiecare zi, a fost uluită, ca şi cum nu făcuse niciodată legătura între propriile ei experienţe somatice, amintirile particulare despre care discutase în terapie şi declanşatorii externi care ar fi putut precipita regresia la acele stări. A devenit din ce în ce mai clar că, deşi Jenny îşi amintea faptul că fusese

abuzată sexual, amintirile concrete, fantasmele și afectele legate de acele experiențe erau încă parțial disociate, nesimbolizate și, implicit, neintegrate. Provocarea clinică a devenit dobândirea accesului la aceste trăiri blocate din copilărie.

Într-o zi, la aproximativ cinci luni de la începerea terapiei, pacienta a povestit că dormise întotdeauna, încă din copilărie, cu același cățel uriaș de pluș. Cu un amestec de amuzament și jenă, a recunoscut că încă dormea cu el și a întrebat, ca în joacă, oare ce însemna asta din punct de vedere psihologic? Terapeuta i-a răspuns: „Lăsând la o parte semnificația, mi-aș dori să putem vorbi cu cățelușul… Sunt sigură că ar putea să ne spună multe lucruri despre cum te simțeai tu". Dispoziția pacientei a părut că se schimbă, a devenit mai serioasă, aproape să înceapă să plângă, iar vocea a căpătat o nuanță îndepărtată, ca de transă. (Aici considerăm că trecerea analistei la perspectiva copilului [puteau vorbi cu cățelul de

pluș] a permis modificarea subtilă a accesului către experiențele trecute, care își puteau face apoi loc în spațiul analitic.) Ședința a continuat după cum urmează:

PACIENTA: Îl țineam în brațe, știi, noaptea, când îmi făcea tata lucrurile alea. Îl îmbrățișam atât de strâns, încât îmi făceam griji că nu mai putea să respire. Că aș fi putut să-i fac rău.

TERAPEUTA: Îți amintești cum era când îl țineai în brațe? [Din nou încearcă să maximizeze evocarea unei experiențe particulare, ajutând-o pe pacientă să se concentreze pe ceea ce ar fi putut fi o frântură de amintire disponibilă și neamenințătoare, legată asociativ de aspecte mai traumatice și încă nesimbolizate.]

PACIENTA: Era atât de moale… Îmi amintesc că îmi frecam obrazul de blănița lui… și… [acum plângând] avea un nas tare, lipit. Și îi sugeam și îi mușcam nasul ca să alung orice altceva din minte… [Pacienta închide ochii.]

TERAPEUTA: Dacă acum alungi totul din minte, fetița aceea nu va avea cu cine să vorbească, în afară de cățelușul ei. Mi-aș dori să putem vorbi cu ea, să încercăm să o ajutăm.

Transformarea fizică din acest moment a fost izbitoare. Pacienta s-a ghemuit pe scaun, cuprinzându-şi corpul cu braţele. A început să tremure incontrolabil şi să respire accelerat şi uşor gâfâit. Plânsul ei tăcut s-a transformat într-un bocet înfiorător. Plângând, scutura din cap violent în semn de „nu“; nu putea sau nu voia să-mi vorbească despre ce simţea. „Nu, nu, nu” era tot ce putea spune. N-a mai

spus nimic până la sfârşitul şedinţei, şi încercările de a o ajuta au început să pară intruzive şi insistente. Deşi pacienta se calmase întrucâtva până la sfârşitul şedinţei, a plecat totuşi într-o stare de agitaţie şi vulnerabilitate psihică. Chiar dacă în seara aceea terapeuta a sunat-o s-o întrebe cum se simte şi să-i amintească din nou că este disponibilă dacă are nevoie de ajutor, i-a răspuns robotul, Jenny nu răspundea la telefon.

Jenny a anulat următoarele două şedinţe. Când terapeuta a reuşit s-o convingă în cele din urmă să revină, ea a insistat că nu poate vorbi despre imaginile pe care le văzuse şi că era sigură că acest lucru ar fi copleşit-o, că nu ar mai fi putut fi funcţională la serviciu şi că i-ar fi distrus în mod fundamental viaţa. Era convinsă că avea să sfârşească internată la psihiatrie dacă mai continua terapia. Jenny a fost asigurată de faptul că frica ei că ar putea să înnebunească era ceva ce mulţi pacienţi simt în timpul procesului de recuperare a amintirilor abuzului din copilărie. Terapeuta i-a explicat că teama că ceea ce ar avea de spus ar putea-o distruge era în esenţă amintirea fricii pe care o simţise copilul abuzat, căruia i se spusese iar şi iar că, dacă dezvăluie cuiva acest lucru, se va ajunge la distrugerea familiei sau la îndepărtarea ei. Într-adevăr, chiar şi menţinerea în conştient a abuzului o făcea pe pacientă să se simtă în pragul unei morţi psihice şi mai îngrozitoare. Jenny a fost asigurată că, deşi procesul era dureros, cuvintele ei nu mai aveau potenţialul distructiv pe care îl aveau când era copil. Prin urmare, era puţin probabil că ar fi putut declanşa o decompensare psihotică. Terapeuta a adăugat apoi că ea şi Jenny vor lua lucrurile foarte încet, atunci când pacienta era pregătită, prin intermediul

şedinţelor suplimentare, duble, medicaţiei temporare etc., pentru a se asigura că Jenny nu va fi retraumatizată în procesul de perlaborare al acestor chestiuni.

Pacienta s-a liniştit, simţindu-se sprijinită şi înţelegând că groaza ei putea fi

conţinută şi împărtăşită în cadrul analitic. Aşadar, în următoarele câteva săptămâni, a început să povestească — cu ceea ce era în mod limpede vocea unui copil mult mai mic — şi, uneori, să retrăiască aspecte ale abuzului pe care îl îndurase copil fiind, aspecte despre care până acum nu vorbise cu nimeni niciodată. Povestea care s-a dezvăluit era de un sadism atroce, neajutorare şi supunere sub ameninţare. Avea să rezulte că întoarcerea acestor trăiri disociate fusese cel puţin parţial declanşată de activarea identificării pacientei cu tatăl ei, atunci când desfăşura adeseori proceduri medicale dureroase asupra pacienţilor ei pasivi.

Implicaţiile procesului analitic sunt, prin urmare, multidimensionale. Analistul trebuie să găsească o cale de a-şi ajuta pacienta să conţină suprastimularea, hiperexcitaţia şi dezorganizarea mentală care sunt amprentele psihologice şi fiziologice ale abuzului, şi va fi alături de el în orice încercare de a pătrunde în lumea clivată a copilului abuzat. Pentru aceasta, analistul serveşte o funcţie de susţinere *(holding)* care face posibilă recuperarea amintirilor traumatice şi, în cele din urmă, simbolizarea lor verbală. Nu putem sublinia îndeajuns că munca analitică în acest stadiu implică nu doar recuperarea amintirilor, ci şi nevoia de a le verbaliza iar şi iar, stabilind astfel o codificare lingvistică limpede a experienţelor patogene nereprezentabile până atunci. Prin intermediul unor astfel de cuvinte, copilul abuzat şi adulta care a crescut doar parţial conştientă de ea să-şi vorbească pentru prima

dată. Pacienta poate începe să integreze fragmente ale experienţei care au rămas, pentru prea multă vreme, izolate unele de altele. Poate, de asemenea, să repare, în acest fel, clivajele interne ale reprezentărilor sinelui şi obiectului care au menţinut defensiv în izolare amintirile traumatice şi au dat naştere unor dificultăţi complexe în relaţiile interpersonale din prezent.

Cu toate acestea, experienţa verbalizării amintirilor recuperate nu are doar o funcţie de simbolizare şi de integrare. Chiar în acest proces, se va petrece o schimbare esenţială în matricea internalizată a reprezentărilor sinelui şi obiectului pacientului, o schimbare care introduce şi, în cele din urmă, furnizează o cale pentru internalizarea unei experienţe complet noi legate de obiect. Aici, prezenţa analistului oferă un adult care va conţine, va asculta şi va crede coşmarul inexprimabil al copilului. Prin prezenţa şi funcţia sa de

ascultare, analistul va schimba definitiv situaţia traumatică de izolare şi forcludere psihică aşa cum reapare în cadrul analitic, facilitând astfel simbolizarea şi integrarea şi minimalizând posibilitatea ca această apariţie să fie resimţită de către pacientă ca o retraumatizare. Fără o astfel de conţinere, reapariţia materialului traumatic va reprezenta doar o repunere în scenă disociată în transfer, şi nu genul necesar de travaliu integrativ.

Internalizând realitatea copilăriei, după care anumite cuvinte purtau potenţialul de a-i distruge literalmente lumea pentru totdeauna, pacienta a crescut cu acele credinţe magice că distructivitatea omnipotentă a propriilor cuvinte e încă intactă. Cum analista persevereză şi supravieţuieşte, în sensul lui Winnicott, pacienta îşi perlaborează încătuşarea faţă de obiecte persecutoare şi reprezentările

interne ale sinelui care se formează din identificarea cu astfel de obiecte. Când aceste introiecte şi reprezentări toxice ale sinelui pătrund în relaţia analitică, dând naştere unor cicluri înnebunitoare de repuneri în scenă în veşnică schimbare în transfer–contratransfer, procesul de perlaborare în sine stă mărturie pentru faptul că rostirea cuvintelor de nerostit, care vor fi fost deja impregnate de distructivitate omnipotentă, nu-l vor distruge nici pe pacient, nici pe analist şi nici legătura care creşte între ei.

Aici, pentru prima oară, analistul şi pacientul creează un spaţiu tranziţional (Winnicott, 1951) în care pacientul este liber să se joace cu gânduri, idei, cuvinte şi simboluri care mai înainte au purtat prea multă ură şi prea mult potenţial distructiv pentru a fi exprimate. Prin ridicarea credinţei pacientului în propriul potenţial distructiv de la concret la simbolic şi făcând acest lucru în contextul unei noi relaţii cu obiectul, care acceptă identificările interne atât de iubire, cât şi de ură ale pacientului, terapia avansează într-un mod care schimbă definitiv natura realităţii intrapsihice şi interpersonale a pacientului. Iubirea şi ura pot conviețui pentru prima dată, oferind astfel o punte pentru integrarea experienţelor disociate intern şi, în acelaşi timp, îmbogăţind şi înviorând relaţiile curente ale pacientului din lumea sa interpersonală.

În situaţii optime, destrămarea credinţelor magice ale pacientului în puterea propriei furii îi permite, de asemenea, să simtă că şi alţii pot fi furioşi pe el fără să urmărească să îl distrugă. Dorinţele criminale ale părinţilor pot fi separate de enervările şi insatisfacţiile de zi cu zi ale altora. Odată cu

creşterea capacităţii de a

tolera experienţa iubirii şi urii, atât în sine, cât şi în obiect, vine probabil şi prima ocazie reală pentru genul de experienţă interpersonală în analiză care pune bazele pentru realizarea oricărei intimităţi autentice în lumea pacientului din afara terapiei. Odată internalizate, evantaiul tot mai larg de reprezentări de sine tolerabile şi capacitatea simultană de a încorpora imagini contradictorii ale analistului şi fantasme legate de el, trebuie, pe măsură ce sunt internalizate, să conducă la o facilitare a acestui proces şi în alte relaţii. Capacitatea de a emoţiona şi de a fi emoţionat spre a explora lumea interioară a celuilalt, permiţându-i, totodată, accesul în sine, trebuie să înceapă, atât în forma sa simbolic sexualizată, cât şi desexualizată, în chiar cadrul terapeutic.

Un model integrat pentru terapia de orientare psihanalitică a supravieţuitorilor adulţi ai abuzurilor sexuale din copilărie se bazează, aşadar, pe desfăşurarea progresivă a cinci capacităţi intrapsihice specifice şi până atunci supuse forcluderii. Acestea sunt: (1) conţinerea terapeutică a hiperexcitaţiei fiziologice şi psihologice şi a dezorganizării secundare traumei cronice, (2) recuperarea amintirilor patogene şi a elaborărilor fantasmate, (3) simbolizarea amintirii şi a elaborărilor fantasmate, (4) integrarea reprezentărilor disociate ale sinelui şi obiectelor şi, în cele din urmă, (5) internalizarea unei noi relaţii cu obiectul, în care aceste capacităţi se vor învălui şi prin intermediul căreia vor fi internalizate.

În elaborarea acestui plan, am încercat să rămânem ancorate ferm, pe de o parte într-o înţelegere a lucrărilor de cercetare a traumei şi abuzului sexual şi, de cealaltă parte, în încrederea noastră solidă în importanţa vitală a relaţiei analitice.

Abreacţia şi simbolizarea amintirilor, aşa cum sunt descrise în mare parte din lucrările despre traumă, par insuficiente pentru realizarea tipului de schimbare necesară. Numai când o astfel de abreacţie şi de simbolizare apar în contextul de conţinere şi susţinere al unei noi relaţii terapeutice, când acea relaţie devine vehiculul pentru descâlcirea şi codificarea verbală a experienţelor — distorsionate, fragmentate şi disociate — ale sinelui în relaţie cu celălalt, când acea relaţie facilitează difuzia distructivităţii până atunci impregnate de omnipotenţă şi potenţează desfăşurarea adevăratei tranziţionalităţi şi intersubiectivităţi într-o gândire şi o relaţie personale, abia

atunci munca terapeutică poate fi internalizată într-o manieră semnificativă şi definitivă. Funcţia de conţinere, simbolizare şi integrare a cuvintelor şi teoriilor explicative generate între pacient şi analist va fi eficientă numai în măsura în care ele devin reprezentarea simbolică a relaţiei fundamentale cu obiectul, în cadrul căreia au fost pronunţate pentru întâia dată.

---

[1] Imaginea eidetică este un tip de imagine mentală vie, care nu este provocată neapărat de un eveniment extern sau de o amintire reală. Fenomenul a fost identificat la începutul secolului al XX-lea de mai mulţi psihologi, printre care E.R. Jaensch, H. Klüver, G. Alport. (**N.red.**)

CAPITOLUL 4

Disocierea

Ce este disocierea?

Disocierea este procesul de retezare a conexiunilor dintre categorii de evenimente mentale — dintre evenimente care par ireconciliabil diferite, dintre evenimente reale şi semnificaţia lor afectivă şi emoţională, dintre evenimente reale şi conştientizarea semnificaţiei lor cognitive şi, în sfârşit, ca în cazul traumei severe, dintre apariţia concretă a unor evenimente reale şi reprezentarea lor mentală simbolică, verbală, permanentă.

Când un copil este suspus de-a lungul timpului unei traume — cum ar fi abuzul sexual din partea unui părinte de încredere —, enormitatea trădării şi cea a violului fizic şi psihic sunt prea greu de tolerat de către Eu. Copilul îşi simte în pericol continuarea supravieţuirii, deoarece realitatea abuzului periclitează această legătură cu obiectul primar şi pune la încercare capacitatea copilului de a avea încredere şi, în consecinţă, de a depinde de cineva în siguranţă. Pentru a-şi proteja sinele de o frică de anihilare atât de copleşitoare şi, mai mult, pentru a se apăra de cunoaşterea cognitivă a evenimentului (evenimentelor), experienţa conştientă a individului se clivează vertical. Alături de starea (stările) Eului care cunoaşte (cunosc) trauma şi reacţionează afectiv la aceasta, coexistă o stare a Eului care, deşi într-o oarecare măsură sărăcită, ignoră evenimentele catastrofale.

Astfel, în mod tradiţional, disocierea este definită ca un proces prin care un fragment al unei experienţe traumatice, deoarece este prea suprastimulant pentru a fi procesat şi înregistrat prin canalele obişnuite, este blocat şi stabilit ca stare psihică separată în cadrul personalităţii, creând două (sau mai multe) stări ale Eului care alternează în conştiinţă şi, în circumstanţe interne şi externe diferite, ies la iveală pentru a gândi, acţiona, aminti şi simţi. Astfel de stări disociate sunt indisponibile asociativ pentru restul personalităţii şi, prin urmare, nu pot fi subiectul operaţiilor psihice sau elaborării. Supravieţuitorul adult al abuzului din copilărie va trăi stările traumatice disociate sub forma amintirilor traumei, care sunt indisponibile în alte momente; sub forma imaginilor intruzive recurente legate de traumă, dar altfel irecognoscibile; prin puneri în act violente sau simbolice; senzaţii somatice inexplicabile,

coşmaruri recurente, reacţii de anxietate şi tulburări psihosomatice.

Patologia disociativă în diverse grade joacă un rol semnificativ în organizarea intrapsihică a majorităţii pacienţilor care au fost victime ale abuzului sexual cronic în copilărie. Acest lucru pare să fie adevărat mai ales când într-un astfel de abuz este implicat un părinte sau o persoană apropiată şi de încredere. Deşi unii nu au fost de acord cu această formulare (Shengold, 1992), cercetătorii din domeniul TSPT au continuat să demonstreze legătura dintre trauma severă şi disociere (Figley, 1986; Green, Wilson et al., 1985; Herman, 1992; Hilgard, 1977; Kluft, 1990b; van der Hart şi Horst, 1989; van der Kolk, 1987; van der Kolk et al., 1989; Wilson, Smith şi Johnson, 1985). Într-adevăr, unul dintre studii merge atât de departe, încât

concluzionează că prezenţa disocierii poate fi un discriminator diagnostic valid între studentele abuzate sexual şi cele neabuzate (Briere, 1988; Briere şi Runtz, 1988).

Abia recent, odată cu renaşterea interesului pentru efectele pe termen lung ale abuzului din copilărie, conceptul de disociere şi-a făcut reintrarea în literatura psihanalitică. Deşi a fost menţionat ocazional în trecut (Dickes, 1965; Fairbairn, 1954; Fliess, 1953; Sullivan, 1956), integrarea sa deplină în înţelegerea proceselor psihice reglatorii pare să fi fost impusă împreună cu orice analiză serioasă a influenţei evenimentelor reale asupra structurării psihicului. Atunci când conceptul îşi face apariţia, atât în acest interval, cât şi în prezent, pare să fi supravieţuit, mai mult sau mai puţin intact şi neschimbat de timp. La fel ca procesul pe care îl descrie, disocierea a fost uitată pentru multă vreme, a reapărut ocazional, dar în esenţă neschimbată sau elaborată de-a lungul timpului. Descrierea emoţionantă a lui Bromberg (1991), deşi plasată într-un cadru mai interpersonal, aduce în prim-plan o perspectivă psihanalitică contemporană pe deplin compatibilă cu descrierile iniţiale ale lui Janet. Bromberg spune: „Experienţa disociată tinde astfel să rămână nesimbolizată prin gândire şi limbaj, există ca realitate separată în afara expresiei de sine şi este ruptă de relaţionarea umană autentică şi oprită de la participarea deplină în viaţa restului personalităţii. (…) Existenţa semnificativă din prezent este înlocuită de trecutul traumatic, repetitiv, atemporal şi prezentul nu este cu nimic mai mult decât un mediu prin care acest trecut neprocesat poate fi cunoscut" (pp. 405–406). Relevanţa clinică a

acestor procese în cazul supraviețuitorilor adulți ai

abuzului din copilărie (la fel ca și în cazul altora) rămâne, cu puține excepții (Davies și Frawley, 1992a; Dickes, 1965; Ferenczi, 1932; Fliess, 1953; Shengold, 1989), practic neexplorată. Ne îndreptăm acum exact către o expunere mai completă a acestui proces clinic și a importanței sale pentru acest segment particular de pacienți.

Disocierea și abuzul sexual în copilărie

Deși cuprinde toate caracteristicile menționate, propriul nostru concept de disociere merge un pas înainte în formularea unei ipoteze clinice fundamentale. Noi considerăm că internalizarea abuzului sexual din copilărie se produce într-un model de relaționare și dezvoltare similar celui descris de teoria evenimentului a lui Fast (1985). Credem că evenimentele sunt integrate și, în cele din urmă, înțelese în raport cu matricele specifice ale experienței sinelui și obiectului, în care sunt instalate confortabil, și că sunt legate de experiențele emoționale intense care le însoțesc și organizate ținând cont de acestea. Prin urmare, nu doar evenimentul traumatic devine semnificativ, ci de o importanță egală este și experiența individului traumatizat și reprezentarea sa a sinelui în cadrul evenimentelor abuzive și percepția și internalizarea celorlalți în propria lume, așa cum sunt reprezentați în astfel de momente de abuz. Aici, implicațiile clinice sunt cele mai importante. Lucrările despre traumă și abuzul sexual — și chiar și literatura psihanalitică relevantă — tind să sublinieze nevoia pacientului de a recupera amintirile disociate ale *evenimentelor patogene* și de a le exprima cu o descărcare afectivă deplină. Credem

că suprasimplificarea procesului terapeutic a contribuit, în parte, la controversa crescândă cu privire la credibilitatea amintirii traumatice, care inundă acum mass-media de popularizare (vezi și Capitolul 6).

Recuperarea evenimentului (evenimentelor) traumatice este doar un aspect al muncii clinice care trebuie îndeplinită. Deoarece considerăm că aceste experiențe traumatice sunt încorporate în întreaga constelație a lumii obiectelor interne ale pacientului și a aspectelor concomitente ale experienței sinelui, credem că apariția, conținerea, codificarea și integrarea acestui aspect

complet clivat al experienţei reprezintă obiectivul terapeutic primordial.

Astfel, felul în care înţelegem noi „sinele–copil“ disociat la care ne referim, include o organizare complet separată a reprezentărilor sinelui şi obiectului; amintirile evenimentelor traumatice care leagă între ele aceste reprezentări; stări afective intense şi nemodulate, specifice traumei; şi un nivel al organizării Eului specific stadiului de dezvoltare la care s-au produs evenimentul traumatic şi disocierea patogenă a Eului. Ne putem aştepta ca elaborările fantasmate ale acestor experienţe să fi fost forcluse ca reacţie la traumă, dar să iasă la suprafaţă, în concordanţă cu fixaţia la stadiul de dezvoltare, în timpul integrării care apare ca parte a procesului terapeutic. Subliniem aici că noţiunea noastră de „sine-copil disociat” nu are nicio legătură cu conceptul, de-acum bine cunoscut, de „copil interior“. În înţelegerea noastră, copilul interior este o fiinţă completă, cu o multitudine de experienţe integrate, poate mai degrabă în linia „Sinelui adevărat” al lui Winnicott. „Sinele-copil disociat" al nostru este o organizare specifică a reprezentării sinelui şi obiectului,

unică setului abuziv de evenimente, şi care conţine elaborările afective, cognitive, fiziologice şi fantasmate ale acestor evenimente într-o stare a Eului clivată şi indisponibilă asociativ restului personalităţii.

Pentru a înţelege importanţa proceselor disociative în vieţile adulţilor care au fost abuzaţi sexual în copilărie (Davies şi Frawley, 1992a, 1992b) este important să înţelegem diferenţele dintre conceptul de disociere şi noţiunea, mai familiară, de refulare. Refularea este un proces activ, prin care Eul dobândeşte puterea asupra materialului conflictual. Disocierea, în schimb, reprezintă efortul ultim al unui Eu copleşit de a salva o oarecare urmă de funcţionare mentală adecvată. Aici, vederile noastre sunt în concordanţă cu cele ale lui Fairbairn (1954), care vede disocierea ca rezultat al dezintegrării Eului, „un proces pasiv — un proces de dezintegrare datorat unui colaps al funcţiei ce asigură coeziunea, exercitată în mod normal de Eu (…) se află, aşadar, în opoziţie clară faţă de conceptul de refulare, formulat ceva mai târziu de Freud" (p. 105). Refularea generează uitarea unor conţinuturi psihice odată familiare (adică evenimente, afecte, identificări etc.) Pe de altă parte, disocierea conduce la retezarea legăturii dintre un set de conţinuturi psihice şi un altul. Disocierea poate apărea între categorii de evenimente

psihice, de exemplu, experienţe pozitive şi negative cu acelaşi obiect, între anumite evenimente şi reprezentarea lor afectivă (alexitimia lui Krystal, 1988), între evenimente şi semnificaţia lor (Grotstein, comunicare personală, 1992), poate chiar între evenimente şi cuvintele care le reprezintă simbolic. Prin urmare, un pacient poate fi conştient de trauma abuzivă într-una dintre stări şi să o ignore complet în alta. La fel, un pacient

poate păstra amintiri despre un eveniment, dar poate să nu aibă niciun fel de acces la impactul lor emoţional, decât într-o stare de conştiinţă alternativă. Aşadar, prelaborarea conţinuturilor refulate implică procesul de rememorare. Prelaborarea stărilor disociative implică un efort constant de integrare a conţinuturilor psihice desprinse prin regresia traumatică şi menţinute în stări diferite ale Eului, care alternează ca accesibilitate.

Refularea îl lasă pe individ cu sentimentul de a avea un control mai bun asupra mediului; disocierea este simţită ca reacţie inadecvată, supunere şi resemnare în faţa caracterului inevitabil al pericolului copleşitor, chiar mortal din punct de vedere psihic. Refularea creează un context pentru angoasa de semnal sau formarea de simptom, care menţine conţinutul psihic refulat în afara conştientizării. Spre deosebire de aceasta, disocierea reprezintă eşecul unor astfel de funcţii de semnalizare de a pune în funcţiune oricare dintre apărările capabile să prevină bifurcarea realităţii şi comprimarea trăirii şi a vieţii emoţionale inerentă patologiei disociative. Ca să-l citǎm pe Harry Stack Sullivan, „personalitatea disociată trebuie să se pregătească pentru aproape orice urgenţă imaginabilă care l-ar face brusc pe individ să devină conştient de sistemul disociat" (1956, p. 203).

Se mai poate face încă o distincţie între refulare şi disociere. Refularea este o operaţie psihică aplicată (în funcţie de orientarea teoretică) dorinţelor, gândurilor, unor aspecte ale identificărilor, evenimentelor, *cunoscute pacientului*. Recuperate prin intermediul travaliului psihanalitic, materialele refulate sunt percepute ca familiare în trecut, aspecte redescoperite ale vieţii psihice; aici, experienţa pacientului

este una de recunoaştere. Experienţele care reapar, fie verbal, fie prin intermediul repunerilor în scenă sau manifestărilor din transfer–contratransfer, au fost mai înainte trăite, digerate psihic, codificate şi apoi uitate. În situaţia terapeutică, pacientul poate acţiona psihic asupra

materialului refulat, îl poate menţine în afara conştientizării, îl poate distorsiona sau elabora psihic prin intermediul fantasmei, iar derivatele acestuia îşi pot găsi expresia verbală în şedinţa analitică. În ciuda caracterului ocazional rebel al experienţelor refulate, acestea reapar într-o manieră mai mult sau mai puţin liniară, se supun interpretării şi, odată reamintite, sunt de regulă accesibile pentru restul travaliului analitic.

În contrast cu refularea, disocierea presupune forcluderea, nu elaborarea conţinutului psihic. Deoarece niciun proces psihic intern nu a modulat experienţa terifiantă, patogenă, a pacientului, reapariţia sa este, în mod esenţial, o repetiţie a stării traumatice iniţiale. Nu există nicio codificare verbală prin intermediul căreia să poată fi atribuită o semnificaţie reprezentărilor mentale ale acestor experienţe. În consecinţă, acestea tind să reapară ca imagini vizuale fragmentate, lipsite de semnificaţie, ca stări fiziologice care se schimbă brusc, coşmaruri, gânduri intruzive ş.a.m.d.. Pentru majoritatea pacienţilor, experienţa este terifiantă, din nou dincolo de cuvinte; iar analiştii nefamiliarizaţi cu manifestările unei astfel de reveniri traumatice în procesul clinic sunt cel mai adesea derutaţi, prinşi şi controlaţi de un proces care pare să aibă o viaţă a lui proprie.

Nu este ceva neobişnuit pentru analişti să simtă că astfel de paciente sunt pe punctul unei decompensări psihotice şi să apeleze nejustificat la măsuri de salvare

eroice — hipermedicaţie inadecvată, spitalizare, chiar terapie cu şocuri electrice — într-un efort de a domoli ceea ce arată a psihoză în plină evoluţie. Din nefericire, astfel de măsuri restabilesc în prea multe cazuri forcluderea psihică ce a generat problemele din capul locului şi îi transmit pacientei incapacitatea analistului de a înţelege materialul care iese la iveală şi reacţia înfricoşată a pacientei faţă de acesta. Deşi uneori medicaţia şi spitalizarea sunt necesare pentru susţinerea pacientei la reapariţia unor astfel de experienţe haotice (vezi Capitolul 11), este important ca analistul să nu exagereze. Astfel de recomandări, menite să ajute cuplul terapeutic să conţină repunerile în scenă traumatice suficient timp pentru a le organiza şi pentru a le da o semnificaţie, trebuie înţelese ca măsuri de susţinere temporare, nu ca soluţii potrivite pe termen lung. Într-adevăr, înţelegerea din partea analistului că astfel de experienţe dezorganizante nu reprezintă delirul unui pacient

decompensat, ci mai degrabă încercările curajoase ale unei paciente traumatizate în trecut de a da o semnificație stărilor sale disociate, va fi suficient, în și prin sine, pentru stabilirea genului de semnificație psihică ce va ajuta la conținerea unor astfel de episoade în terapie. Astfel de măsuri suportive, atunci când sunt necesare, vor fi privite de pacient ca adjuvante care s-o ajute să realizeze efortul psihic necesar, și nu ca încercări de a închide un proces care amenință să-l copleșească și să-l înspăimânte pe analist. Aici, familiaritatea analistului cu procesele disociative și înțelegerea lor și a diferențelor inerente în distincțiile dintre „întoarcerea refulatului“ și „întoarcerea disociatului”, în special când modelează configurațiile de transfer–contratransfer, sunt de importanță capitală.

Apariția stărilor disociative

Majoritatea supraviețuitoarelor abuzului din copilărie se confruntă cu dilema de a trebui să își negocieze lumile externe, interpersonale, ale prieteniei, școlii, autorității, carierei ș.a.m.d., în ciuda faptului că au fost, relativ timpuriu, trădate de o persoană cu care aveau una dintre cele mai apropiate relații din viața lor. Este notabil de remarcat gradul în care majoritatea supraviețuitoarelor pot, prin intermediul proceselor disociative, să construiască cu grijă aparența unui sine funcțional, adaptativ, cu legături interpersonale, în jurul țipătului profund al unui copil rănit și abandonat. Acest sine adult are o funcție dublă; îi permite persoanei să se miște în lumea celorlalți cu un succes relativ și, în același timp, o protejează și o conservă pe copila abuzată care continuă să trăiască, încă în căutarea recunoașterii, validării și compensației. Ne vom îndrepta acum atenția exact către impactul clivajului și disocierii fundamentale din nucleul personalității și efectelor sale asupra dezvoltării ulterioare a personalității.

Pentru a integra numeroasele lucrări despre traumă cu teoria și tehnica psihanalitică, am încercat să demonstrăm o idee de o importanță crucială. Pacienta care a fost abuzată sexual în copilărie nu este o pacientă adultă care are amintiri vii ale experiențelor dureroase din copilărie în contextul altor vremuri mai fericite și mai pline de iubire. Acest copil este un sine alternativ, complet dezvoltat, disociat și cu o organizare relativ primitivă. Este obligatoriu ca terapeutul care începe o terapie cu o supraviețuitoare adultă a unui abuz sexual semnificativ să înțeleagă că, de fapt, ia

în terapie două persoane: o adultă care încearcă să funcţioneze, să relaţioneze, să obţină acceptare şi, în cele din urmă, să uite, şi un copil care, pe măsură ce terapia avansează, se străduieşte să-şi amintească şi să-şi găsească o voce cu care să-şi urle furia către lume.

Sinele copil disociat are o structură a Eului diferită, un sistem de apărări mai primitiv şi mai fragil, un set de amintiri mai complet şi mai încărcat de afect şi a devenit în mod clar depozitarul furiei, ruşinii şi vinovăţiei intense, adesea copleşitoare, ale pacientei. Îl descoperim adesea pe copil în alte haine, cu alte expresii faciale, posturi corporale, ton al vocii, set de expresii lingvistice. „Ea" îşi asumă *persona* unei fetiţe timide; „el" ia aerul unui preadolescent neîndemânatic, a cărui sexualitate iminentă a rămas în urma celei a amicilor lui.

Trebuie menţionat faptul că disocierea coexistă de-a lungul unui continuum larg, cu stări ale Eului alternative care se mişcă în veşnic schimbătoare tipare de autorecunoaştere şi înstrăinare reciprocă. Nu este ceva neobişnuit ca sinele-copil să conţină mai multe *persona* diferite, adeseori cu acces diferit la informaţii şi amintiri din trecut. Dintre cele mai cunoscute sunt copilul bun-perfect, copilul rău-omnipotent şi, în sfârşit, copilul îngrozit-abuzat. Dată fiind coexistenţa frecventă a acestor stări alternative, ele nu par să reprezinte adevărate organizări de personalităţi multiple, a căror prezenţă ocazională o vom aborda mai în detaliu mai târziu în acest capitol. În majoritatea cazurilor, adultul şi copilul sunt cel puţin parţial conştienţi unul de existenţa celuilalt; secretul incestuos şi furia copleşitoare ale copilului sunt lucrurile de care adultul nu este adesea deloc conştient.

Deşi adultul şi copilul sunt, în majoritatea cazurilor, conştienţi unul de celălalt, ei nu sunt prieteni. Au agende emoţionale complet diferite şi trăiesc într-o stare constantă de război cu privire la nevoile cui vor avea prioritate în orice moment. Fiecare se simte complet abandonat de celălalt. Copilul crede că adultul a vândut, pe măsură ce a avansat în viaţă ca adult. La urma urmei, adulţii sunt răi şi fac lucruri rele. A deveni unul dintre ei este trădarea supremă. Copilul foloseşte, prin urmare, orice ocazie de a sabota eforturile adultului de a se rupe de trecut şi de identitatea sa de victimă, pentru a deveni parte a lumii exterioare. Copilul foloseşte tehnicile pe care i le-a insuflat părintele abuziv (sau altcineva) pentru a submina încrederea celuilalt sine al

său: seducţie, ademenire, manipulare şi ameninţarea cu abuzul (de data aceasta autoindus). Cum el însăşi s-a simţit invadat, invadează adeseori sistemul senzorial conştient, luat pe nepregătite, al adultului, în moduri nepotrivite şi perturbatoare, provocând o mare confuzie şi dezorientare, oprind uneori orice activitate în care adultul era implicat în acel moment. În relaţia cu sinele–adult este un provocator, asemenea unui terorist devotat planului său de atacuri neîncetate.

La rândul ei, *persona* adultă îl „urăşte“ din tot sufletul pe copilul sadic şi perturbator. La cel mai conştient nivel, îl priveşte ca pe o pacoste revendicativă, ce crede că totul i se cuvine, rebelă şi obraznică. Dacă îşi aminteşte că a fost abuzat sexual în copilărie, adultul îşi învinovăţeşte sinele-copil, reîntărindu-şi astfel convingerea în răutatea lui totală şi absolută. Ea fusese „seducătoarea”, aşa cum a declarat o pacientă, cu ranchiună mistuitoare, în prima ei şedinţă, „primise ce

merita… o ajunsese". Este aproape de neconceput pentru noi că aici pacienta vorbeşte despre ea însăşi; partea din ea care fusese abuzată cu sadism în copilărie de către propriul ei tată. Vedem, totuşi, eficacitatea disocierii, care scuteşte atât *persona* adultă, cât şi pe tată, de impactul deplin al furiei copilului. Ura este întoarsă către copilul care, la urma urmelor, a fost bine instruit în arta autovictimizării.

În situaţii în care pacienta nu a recuperat încă amintirile concrete ale abuzului sexual din copilărie, se poziţionează în relaţia cu sinele-copil revendicativ şi perturbator ca un jucător pasiv şi perplex; cea care dă glas crizelor copilului, schimbărilor de dispoziţie şi revendicărilor, fără să înţeleagă exact de ce. „E ca şi cum o voce se ridică în mine,“ povestea o pacientă. „Ştiu că e vocea mea… îi recunosc sunetul… dar este atât de ciudat, nu am nici cea mai vagă idee ce urmează să spună. Tot ce ştiu este că, de obicei, spune ceva care îmi face probleme.”

Dacă discrepanţa dintre intensitatea furiei şi ruşinii copilului şi conţinutul gândurilor ei ajunge să fie suficient de serioasă, pacienta poate trăi episoade complet disociate, în care copilului i se dă drept deplin să exprime, să-şi amintească, să repună în scenă, fără vreo reamintire conştientă a episodului. Aşa cum se întâmplă în cazul adevăratelor personalităţi multiple, pacientele relatează pierderea noţiunii timpului, trezindu-se brusc în mijlocul unei

situaţii, dar fără să-şi amintească felul în care au ajuns acolo ș.a.m.d.. O pacientă relata, cu o oarecare regularitate, că se apuca să scrie rapoarte de activitate, ca să descopere că deja le făcuse — şi chiar impecabil! „E ca în povestea cu cizmarul şi spiriduşii“, spunea ea. „Mă duc să mă culc şi, când mă trezesc, treaba e gata!” Această pacientă a început terapia din

cauza unor probleme persistente la serviciu. Deşi fusese limpede de la început că şi viaţa ei personală era extrem de limitată, ea a lăsat deoparte aceste chestiuni în faza de început a terapiei, insistând că nu era interesată câtuşi de puţin de viaţa socială.

La serviciu, era considerată o minte cu adevărat strălucită şi pătrunzătoare, ale cărei analize scrise susţineau şi confereau direcţie unei bune părţi a activităţii curente a firmei. Cu toate acestea, era complet incapabilă să-şi prezinte lucrările, fie în faţa colegilor sau pentru clienţi. Era îngrozită să se simtă privită, expusă şi penetrată de privirile pătrunzătoare ale celorlalţi. O inhibiţie severă, bazată în mare măsură pe impulsuri exhibiţioniste disociate, dădea naştere celor mai paralizante trăiri de umilinţă şi ruşine în astfel de situaţii. Inhibiţia era atât de severă, încât adesea se apela la alţii pentru prezentarea în faţa clienţilor a lucrărilor pacientei. Pentru a înrăutăţi şi mai mult lucrurile, pacienta era considerată capricioasă şi revendicativă, având printre colegi reputaţia că se considera „îndreptăţită şi era greu să te înţelegi cu ea".

Deşi nu avea nicio amintire conştientă că fusese abuzată constant de tatăl ei de la 7 la 12 ani, pacienta recrease perfect climatul emoţional al acestor primi ani confuzi, în viaţa ei profesională actuală. Era talentată, specială şi favorizată într-un fel care rămânea pentru ea un mister. Pentru că nu-şi amintea nimic din scrierea rapoartelor „strălucite", cu greu se putea preţui pentru ele, aşa cum o făceau alţii. În ciuda sentimentului ei vag de a fi specială, se simţea şi disprețuită şi abuzată de colegi. Simţea că merită acest tratament, pentru că era de acord că era adesea

solicitantă şi imprevizibilă. Ea însăşi percepea aceste schimbări bruşte de dispoziţie şi izbucniri de comportament îndreptăţit revendicativ ca pe nişte intruziuni străine de Eu; şi, uneori, când afectul era extrem de intens, nici măcar nu-şi amintea de ele. În lipsa amintirilor care să trezească compasiunea pentru acest „celălalt sine", pacienta era plină de frică şi ură de sine.

PACIENTA: E ca și cum o parte din mine ar fi bebeluș… uneori e speriată și demnă de milă și o urăsc pentru asta… dar apoi reapare plină de ură și pretenții… niciodată nu e mulțumită… Încerc dar nu pot. Vrea mai mult și mai mult, dar nu înțeleg ce. Nu mă lasă în pace și nici nu vrea să crească. Uneori cred că preia controlul deplin și o parte din mine se sperie de ce va face. Cred că dispar… Pur și simplu nu pot să ascult.

TERAPEUT: Mie mi se pare că o să stea pe-acolo până când cineva va asculta ce are de spus.

PACIENTA: Cu cât primește mai puțină atenție, cu atât mai bine. Singurul lucru pe care pot să-l fac este să o ignor… s-o las să moară de foame… altfel nu o să plece niciodată. Dacă nu-i dau nimic, poate o să plece și o să mă lase în pace. [încet]… Poate o să moară… Chiar mi-aș dori să moară.

Iată din nou ura și dorința de moarte la adresa sinelui-copil. Aceasta nu este seducătoarea omnipotentă învinovățită de adult pentru propriul ei abuz, ci copilul furios și îndreptățit care își exprimă limpede durerea, dar îi păstrează ascunsă sursa față de toată lumea, inclusiv față de el însuși. Încă absent de pe scena

analitică, copilul îngrozit se luptă să-și facă apariția; trăind într-o lume disociată, a abuzului perpetuu, terorizat nu numai de acțiunile celuilalt, ci și de perspectiva de a-și rosti propriile cuvinte și de a ști cu certitudine ce vrea.

Aproape întotdeauna, sinele adult este cel care vine la terapie. Se luptă fie cu amintiri de coșmar clare ale copilăriei, fie, în amnezia sa, este hărțuit de unul sau mai multe dintr-o listă vagă de simptome debilitante: disfuncție sexuală, depresie, vinovăție intensă, stimă de sine scăzută, impulsuri autodistructive, abuz de alcool și substanțe și tot așa (Gelinas, 1983). Numai foarte încet — și după multă testare foarte atentă — *persona* copilului începe să-și facă simțită prezența. Poate să intre în scenă curajos și dramatic, precum în evoluția atacurilor de panică subite sau în izbucnirea unor acuze somatice dureroase și înfricoșătoare. Copilul poate apărea și încet, aproape imperceptibil. Terapeutul îi poate remarca prezența întâi în gesturi straniu de copilărești, în felul de a-și șterge lacrimile sau de a răsuci o șuviță de păr. Alteori, își poate face simțită prezența printr-o schimbare subtilă în vocabular, gramatică, poziții și mișcări ale corpului, stiluri vestimentare diferite, o voce sau o

expresie facială specifică. De multe ori, prima conştientizare a schimbării de către terapeut are legătură cu o schimbare percepută în natura transferului sau în propria experienţă contratransferenţială. Cu toate acestea, indiferent de modul particular de apariţie, cel mai adesea acesta intră în scena analitică cu puţin înainte de începerea recuperării sau dezvăluirii anumitor amintiri ale abuzului din trecut.

Aici, motivele sunt foarte clare. Din perspectiva copilului, analistul este încă un străin, o entitate necunoscută. Este adevărat, ascultă de o vreme, dar ceea ce a

auzit a fost limitat de natura interacţiunii adult–analist. Din punctul de vedere al copilului, analistul şi adultul s-au intervievat şi s-au ales reciproc. Ei sunt cei care au dezvoltat o relaţie, au început să-şi definească limitele încrederii lor şi să se ocupe de probleme intime şi dureroase. Ca sistem de sine disociat, cu o lume obiectală şi structură a Eului separate, copilul a fost ţinut foarte departe de câmpul analitic. Copilul a avut prea puţin sau aproape niciun impact asupra relaţiei analitice, iar relaţia l-a afectat deocamdată numai în măsura în care a simţit suficientă încredere între analist şi adult, cât să prindă curaj să participe. Cu certitudine, apariţia copilului în terapie înseamnă că munca de început s-a desfăşurat bine şi că terapia propriu-zisă este pe cale să înceapă.

Pe scena analitică se află acum doi pacienţi diferiţi. Un sine adult, pe care analistul a început deja să-l cunoască, şi un sine copil iluzoriu, care apare şi dispare după chef, provocând o nesfârşită confuzie în procesul analitic. Se cuvine să ne oprim aici şi să privim mai atent la sistemul acestui sine copil şi la modurile în care încearcă să-l angreneze pe analist în desfăşurarea dorinţelor, viselor şi fricilor inconştiente.

Fără îndoială, lucrul de cea mai mare importanţă singulară care trebuie înţeles despre copil este că el există numai în contextul unei relaţii cu obiectul internalizat perpetuu abuziv. Acest aspect al sinelui şi acest aspect al obiectului sunt cele care au fost literalmente ejectate din funcţionarea mai integrată a personalităţii pacientului şi li s-a permis stabilirea unei existenţe independente, pentru a-şi urmări nevoile distincte. Organizarea matură a personalităţii este un amalgam şi o

integrare a unei multitudini de experienţe ale sinelui şi ale obiectului extrem de diverse, fiecare cu propria ei încărcătură unică afectiv-ideatic-instinctuală (Kernberg, 1976; Ogden, 1986; Volkan, 1976). În mod ideal, această integrare conduce la o gamă largă de reprezentări interne ale sinelui şi ale obiectului care sunt uneori contradictorii, dar nu se exclud reciproc. Iubirea şi ura coexistă şi sunt modulate, fiecare de către cealaltă, şi dau naştere potenţialului pentru ambivalenţă şi doliu, la fel ca pentru pasiune intensă şi ambiţie.

La pacienta care a fost abuzată sexual, aspectul copil al reprezentării de sine, pe lângă reprezentarea celuilalt abuziv şi sistemul lor complex de conexiune şi tranzacţie emoţională, este desprins şi izolat de restul personalităţii. Rămâne, practic, încremenit în timp, cu imaginile nemodificate de altele cu o natură diferită, poate mai blândă. Aceste imagini devin întruchiparea furiei criminale şi a urii de sine dăunătoare care-l conduc pe copil în relaţiile sale cu alţii. Cu intensitatea lor, acestea alimentează angoasele de nivel psihotic, de anihilare şi de distrugere a lumii, de care este atât de impregnată lumea internă a pacientei. Copilul nu poate creşte. Furia şi ura ei de sine continuă nedomolite şi, prin urmare, neintegrate. Lumea ei este una a trădării, a groazei şi a unei inundări emoţionale constante. Realitatea i-a fost invadată de o forţă ostilă, intruzivă, şi percepţiile i-au fost distorsionate în mod tragic de experienţa abuzului. I s-a spus că ce este rău este bine, că ceea ce doare este ceva ce şi-a dorit în taină şi a cerut. Corpul o doare. Mintea îi este într-o stare continuă de zbucium şi confuzie. Atunci când, copil fiind, a mers la cei apropiaţi pentru o cale de scăpare, s-a confruntat fie cu ameninţări şi alte

abuzuri, fie cu neglijenţă şi negare masivă. Copilul este incapabil să se aştepte la ceva diferit din partea analistului. Se simte îngrozit, complet singur şi neajutorat. Numai *persona* adultă poate cere şi primi ajutor. Copilul nu poate cere; şi durează, într-adevăr, mult, până ce „ajutorul" analistului începe să treacă de formidabilele bariere disociative.

Disocierea extremă a copilului abuzat într-un sistem separat al sinelui şi al obiectului este, în mod esenţial, o încercare a pacientei de a ţine sub control pagubele. Aşa cum medicii încearcă să izoleze şi să îndepărteze o tumoare malignă potenţial invazivă înainte ca aceasta să afecteze ţesutul sănătos, supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie încearcă să izoleze şi

să respingă în exterior introiectul toxic şi reprezentarea de sine corespunzătoare, înainte să-i fie afectată complet capacitatea de a avea încredere în sine şi în alţii. Sinele-copil poate fi condamnat într-o lume de neobosită paranoia, dar *persona* adultă, eliminând aceste experienţe toxice, încearcă o integrare rudimentară, în care reprezentările sinelui şi obiectului fuzionează la un nivel superior de dezvoltare. Într-adevăr, *persona* adultă a multora dintre pacientele noastre este marcată de un stil defensiv mai degrabă hipomaniacal, în care agresivitatea este proiectată în mod curent şi apoi negată. În aceste cazuri, adultul capătă un aer de inocenţă stranie. Are adeseori dorinţa, dacă nu pornirea convulsivă, de a-i ajuta pe alţii. În abnegaţia sa desăvârşită, pacienta nu este conştientă de modul în care alţii profită de nevoia ei bine intenţionată de a ajuta şi, de asemenea, nu este conştientă de resentimentul ei de a fi adeseori folosită. Se străduieşte, dar nu reuşeşte să dea un sens incapacităţii de a spune „nu".

Ceilalţi par capabili să pună stăpânire complet pe ea.

În mod limpede, echilibrul atins aici între adult şi copil este în cel mai bun caz fragil, cu un deficit codeterminat de funcţionare a Eului, care face, practic, imposibil succesul adaptării. Procesele secundare de gândire sunt supuse intruziunii constante a unor presiuni ideatice mai primitive. Testarea realităţii este slăbită de tiparele defensive patologice şi de tendinţele disociative, care dau naştere unei dualităţi derutante în funcţionare. Acuzele somatice sunt violente, şi lupta împotriva pornirilor autodistructive este constantă şi neîncetată. Spre deosebire de ţesutul bolnav care poate fi făcut inofensiv, odată îndepărtat, sinele-copil este pe deplin conştient de înlăturarea sa şi poate purta o campanie insidioasă împotriva adultului, făcând astfel chiar mai improbabilă orice adaptare reuşită. Nu este ceva neobişnuit ca, în terapie, supravieţuitoarea adultă să ajungă în punctul în care să poată verbaliza lupta care se desfăşoară între acel aspect al personalităţii sale care vrea să funcţioneze independent şi cu succes şi acele aspecte mai copilăreşti, care simt că o astfel de adaptare reprezintă o vânzare şi o trădare a copilului care a suferit atât de amarnic.

Se întâmplă adeseori ca exact în acest moment de criză, în care adultul şi copilul încep să fuzioneze, când amintirea abuzului din copilărie ameninţă să apară şi să copleşească simţurile adultului, o a treia *persona* să îşi poată face

apariţia, cea a sinelui protector adolescent, aspect al personalităţii care transmite o perspectivă dură, experimentată, extrem de cinică asupra lumii. Aceasta vine echipată cu un evantai uluitor de simptomatologie impulsivă, autodistructivă, de punere în act,

menită să îl neliniștească pe adult, să îl deruteze și să îl distragă pe terapeut și, mai mult decât orice altceva, să ascundă apariția amenințătoare a sinelui-copil și a amintirilor sale traumatice. Colecția de comportamente delincvente și autodistructive include furtul, chiulul, minciuna patologică, arsurile, tăieturile și întregul spectru de simptomatologie anorexic-bulimică.

Persona adolescentă nu are nicio amintire a vreunui abuz particular din copilărie și, în loc să-și vadă comportamentul delicvent și autodistructiv ca simptomatic pentru o traumă anterioară, îl folosește adesea ca scuză pentru o atitudine generală de neglijență parentală, indiferență sau abuz. Adolescenta trebuie să-l oprească pe copil cu orice preț; dar singurele metode de restricționare și control pe care le are la îndemână sunt cele crude și sadice pe care le-a trăit în copilărie. *Persona* adolescentă este, în esență, manifestarea clinică a introiectului sadic în forma sa adultă disociată. Sigur că această decizie extremă nu poate funcționa la infinit și adultul, în mare pericol inconștient, intră în terapie psihanalitică.

Odată ce a fost asigurată participarea tuturor actorilor psihici, travaliul analitic poate să înceapă. De o importanță capitală este integrarea experiențelor *personei* adultului și copilului. Aceasta înseamnă, mai mult decât orice altceva, recuperarea și dezvăluirea a cât se poate de multe amintiri ale abuzului sexual timpuriu. Aceasta presupune, desigur, amintirile reale așa cum apar pentru pacientă, fantasmele și elaborările secundare care apar în asocierile, visele sau amintirile pacientei și o retrăire și o perlaborare în transfer–contratransfer, deplin integrate afectiv, a suprastimulării groazei și disocierii traumatice. Numai atunci când este martora

disocierii în cursul terapiei, pacienta se poate convinge cu adevărat de existența ei și poate începe să anticipeze și să evite experiența, împiedicându-i intruziunea în momente de emoție și excitație ridicate. Pe măsură ce adultul ascultă vorbele copilului și începe încet-încet să le înțeleagă semnificația, simptomele mai înainte inexplicabile capătă un înțeles nou. Acceptarea și integrarea se petrec lent, dar în mod ideal întrepătrunderea acestor două

persona oferă fiecăreia o oarecare compensaţie pentru acest proces deosebit de dureros.

Adultul, nemaifiind îngrozit de experienţele copilului, ajunge să înţeleagă motivele furiei acestuia şi să le considere justificate. Apare un sentiment nou de compasiune pentru acest fost inamic şi o dorinţă de a-i vindeca rănile. Deoarece adultul ajunge să permită treptat accesul copilului înapoi într-o conştiinţă comună, îi poate oferi şi o oarecare grijă părintească, de care avea extrem de mare nevoie. Oferind înţelegere şi acceptare sinelui său copil, adultul poate contribui foarte mult la gratificarea unei nevoi de dezvoltare frustrate în mod dureros.

Copilul, pe de altă parte, nu mai este pornit să submineze succesele adultului. Programul lui insurgent poate, în sfârşit, să înceteze. Procesele de gândire ale adultului nu mai sunt supuse invaziei şi perturbării constante. În plus, adultul este revitalizat prin integrarea, o dată în plus, a copilului în lumea sa interioară. Eliminând *persona* periculoasă a copilului, multe alte capacităţi importante, specifice copilăriei, au fost pierdute. Eliberat acum de povara lui dureroasă şi istovitoare, copilul este lăsat să descopere, poate pentru prima oară, aceste alte capacităţi şi să le aducă înapoi adultului, care şi el le percepe ca pe ceva nou. Vitalitatea şi

pasiunea fără de ruşine, cunoscute doar copiilor, se pot reinfiltra în lumea interpersonală a adultului. Joaca şi fantezia — forţe regresive periculoase pentru atât de multă vreme — îi vor îmbogăţi viaţa internă şi vor insufla creativitate minţii sale practice, orientate spre supravieţuire. Ambiţia, întotdeauna prea aproape de agresivitate şi exhibiţionism, fie disociată, fie pusă în act într-un mod nepotrivit, îşi poate asuma acum o poziţie modulată cu mai multă uşurinţă şi îl poate îndemna pe adult să se bucure mai mult de succesele lui.

O pacientă, de exemplu, a intrat în terapie cu sinele ei adult disforic, anhedonic şi rigid. Mai târziu, după ce făcuse progrese considerabile în integrarea sinelui disociat al copilului, i-a povestit analistei sale o zi petrecută la un parc de distracţii. Se dăduse în cele mai rapide carusele, mâncase vată pe băţ, umflase un balon şi se bucurase din inimă de toate acestea. În şedinţa următoare, începuse să cocheteze cu ideea de a-şi relua studiile cu un masterat în domeniul ei.

Progresul ei a demonstrat forţa şi consecinţele integrării. Dar în timpul acestei faze extrem de dureroase a tratamentului, forţele integratoare se află într-o luptă continuă cu tendinţele, întotdeauna pregătite, spre disociere şi dezorganizare. Aceasta, pentru că, în timpul fazei amintite, adultul, împreună cu copilul trebuie să accepte două dintre cele mai ucigătoare realităţi. Prima, realitatea abuzului întâmplat; şi a doua — şi probabil lucrul cel mai dificil —, o copilărie care a fost distrusă şi nu va mai fi primită înapoi niciodată.

O fantasmă universală a tuturor supravieţuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie este aceea că, odată cunoscute realităţile oribile ale abuzului, lumea

se va mobiliza pentru a le oferi o copilărie compensatorie, nouă şi idealizată. Acesta fusese întotdeauna antidotul; analgezicul zilnic devenit o adicţie pentru copilul chinuit. Se hrănea, cum spunea o pacientă, „cu doze zilnice pentru durere, la nevoie", pentru a putea să trăiască. Adesea, tocmai renunţarea la această dorinţă se dovedeşte a fi chiar mai greu de conceput de către copil decât acceptarea realităţilor abuzului. Admiterea imposibilităţii transformării în realitate a acestei fantasme reprezintă o trădare a celui mai sacru nucleu al sinelui său.

Aceasta este chestiunea care generează adeseori ideaţia suicidară cea mai serioasă, o ameninţare care, mai ales în acest context, trebuie luată în serios. Cu toate acestea, chiar şi când nu există pericolul sinuciderii, renunţarea la această copilărie compensatorie, idealizată, are aproape întotdeauna ca rezultat o reîntărire a apărărilor disociative şi a urii pentru sinele copil. Printr-o logică tipică de copil, sinele disociat crede într-o formă sau alta a acestor cuvinte rostite de o pacientă: „Dacă a fost nedrept ce mi s-a întâmplat… dacă nu meritam asta, atunci aş fi primit ce meritam… ceea ce au avut toţi ceilalţi copii. Dacă ceilalţi ar fi ştiut, s-ar fi asigurat că primesc asta. Dacă nu o să primesc, nici acum când au aflat adevărul… atunci probabil că am meritat ceea ce mi s-a întâmplat. Probabil că sunt rea".

O altă pacientă spunea:

„Asta e prea mult. Pot să mă descurc cu abuzul… cred… poate, pot. Dar ideea că asta este tot ceea ce va fi vreodată acolo... Că atunci când mă gândesc la copilărie, tot ce voi simţi va fi durere şi groază… asta e prea

mult… cu

asta nu pot să trăiesc. Vreau să simt ceea ce văd în ochii copilaşilor. Tu (terapeuta) spui că merit asta… şi atunci de ce nu pot? Sentimentul de siguranţă, vreau un loc sigur. Vreau să fac nebunii şi să fiu neastâmpărată… nebunii nepericuloase… chestiile obişnuite. Vreau ca alţii să-şi facă griji şi să dea pedepse. Eu am obosit. Tu zici că aş putea simţi ceva din toate astea ca adultă… îmi spui despre ele. Dar cum să le simt când nu ştiu despre ce e vorba… vorbe. E ca şi cum ai încerca să-i descrii o culoare cuiva care s-a născut orb".

Acest laitmotiv, care străbate tot cursul terapiei, provoacă perioade de doliu din cel mai profund şi de nepotolit. Testează hotărârea unei paciente de a supravieţui ameninţării dezorganizării copleşitoare şi pune la încercare capacitatea analistei de a tolera disperarea pacientei şi limitele propriilor abilităţi de a alina suferinţa. Mai presus de orice, analista trebuie să-i permită pacientei să simtă şi să-şi exprime durerea în totalitate. Această exprimare trebuie să fie scutită de grija de a părea că se simte mai bine de dragul analistei.

Pacienta trebuie să admită şi să se împace cu irevocabilitatea şi ireversibilitatea pierderii traumatice. Acesta este un proces lung şi dificil, de perlaborare a furiei intense şi a durerii profunde. Pacienta va folosi toate rezistenţele posibile pentru a evita acest proces de doliu, iar analista va fi atrasă inevitabil într-o şaradă înnebunitoare de puneri în scenă iluzorii în transfer–contratransfer. Copilul se va agăţa, mai întâi de negare, apoi de aşteptarea compensaţiei, cu o ferocitate pe care analista se poate să n-o fi simţit mai înainte. În plus, analista poate simţi o oarecare

teamă să lase să se dezlănţuie astfel de paradigme transferenţiale primitive şi să tolereze o astfel de dezorganizare primitivă la o pacientă anterior funcţională. Totuşi, acest proces regresiv este inevitabil; numai lăsând sinele-copil să-şi facă apariţia, să se exprime şi să jelească, numai aşa trauma emoţională se va vindeca, iar deficienţele structurale vor fi reparate.

Inevitabil, o astfel de formulare, care subliniază legătura inextricabilă dintre traumă şi disociere, va atrage după sine întrebări cu privire la prezenţa şi diferenţierea diagnostică a proceselor pe care le descriem faţă de cele inerente

în evoluţia tulburărilor de personalitate multiplă. În concordanţă cu ceea ce considerăm a fi cele mai bune lucrări de psihiatrie pe această temă (Putnam, 1989; Ross, 1989; Ross şi Lowenstein, 1992), credem că disocierea şi tulburările disociative există pe un continuum, pe care tulburarea de personalitate multiplă reprezintă forma extremă a tipului de proces pe care l-am descris. Cu cât abuzul se petrece mai devreme, este mai constant şi mai sadic, şi cu cât este mai apropiată relaţia obiectală dintre abuzator şi victimă, cu atât este mai probabilă dezvoltarea unei tulburări de personalitate multiplă. Astfel, deşi nu toţi supravieţuitorii adulţi ai abuzului sexual din copilărie prezintă structuri de tulburare de personalitate multiplă, se pare că cea mai corectă estimare actuală este că între 88% şi 97% dintre pacienţii cu personalităţi multiple au fost victimele unui abuz major, sexual şi/sau fizic în copilărie (Putnam, 1989; Ross, 1989).

Convingerea noastră este că o abordare care priveşte barierele disociative ca pe nişte graniţe trasate în jurul unor organizări specifice ale reprezentărilor sinelui

şi obiectului (spre deosebire de o perspectivă care subliniază doar disocierea unor amintiri particulare) oferă un mod mai limpede de a privi entităţile din cadrul întregului spectru al patologiei disociative dintr-o perspectivă teoretică mai coerentă. O astfel de înţelegere înlesneşte eficienţa clinicianului de orientare psihanalitică trezindu-se confruntat, poate pentru prima oară, cu un pacient care suferă de o adevărată tulburare de personalitate multiplă.

Credem, de asemenea, că o conceptualizare de orientare relaţională a disocierii aruncă o oarecare lumină asupra uneia dintre controversele constante în lucrările dedicate tulburării de personalitate multiplă, mai ales cele scrise dintr-o perspectivă psihanalitică. Unii analişti şi-au exprimat îngrijorarea că apariţia „altor personalităţi“ pare să se intensifice în cadrul terapeutic, ridicând astfel posibilitatea ca astfel de clivaje să fie iatrogene, mai ales când sunt legate de repuneri în scenă transferenţiale. Adesea, un analist care „ţine locul” unui coleg bolnav sau aflat în vacanţă pretinde că nu vede dovezi ale multiplicităţii descrise şi rămâne, astfel, uluit de diagnostic sau îl atribuie unei supraimplicări contratransferenţiale din partea terapeutului curant. În cadrul nostru de referinţă, totuşi, astfel de experienţe aparent diferite din partea acestor doi analişti ipotetici nu sugerează nicio contradicţie

internă inerentă.

Părerea noastră este că disocierea, deoarece este generată traumatic, există, în mod fundamental, într-un context relaţional. Astfel de stări alternative, care se exclud reciproc, sunt constelări ale reprezentărilor sinelui şi obiectului, iar amintirile traumatice în sine oferă atât liantul care leagă între ele aceste reprezentări, cât şi

groaza care separă astfel de grupări de amintiri de altele, de o factură mai benignă şi mai tolerabilă. Nu ar trebui să surprindă, aşadar, faptul că astfel de separări fundamentale se vor manifesta cel mai probabil în jurul reevocării experienţei, specifice apariţiei unui transfer–contratransfer intens, într-o analiză în desfăşurare. Faptul că astfel de experienţe se petrec numai în cadrul analitic nu înseamnă în niciun caz că ele sunt create de acel cadru. Dacă predomină o astfel de viziune, atunci toate manifestările de transfer vor cădea victime aceleiași speculații îndoielnice.

Deşi o trecere în revistă detaliată a criteriilor de diagnostic şi a procedurilor terapeutice specifice cazurilor de tulburare de personalitate multiplă nu face, evident, parte dintre obiectivele acestei cărţi, cititorul care lucrează cu adulţi care au fost, în copilărie, victime ale unui abuz grav, vor trebui să fie atenţi la suprapunerea acestor două arii ale activităţii clinice. O sensibilitate sporită faţă de prezenţa unor astfel de fenomene îi va da analistului posibilitatea de a căuta lecturile, munca didactică şi supervizarea potrivite atunci când apare o astfel de împrejurare clinică.

Implicații clinice

Atunci când ne prezentăm consideraţiile cu privire la terapia psihanalitică a supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie, suntem întrebate iar şi iar despre nivelul regresiei descris în activitatea noastră terapeutică şi exemplificat în vinietele clinice. Este o astfel de regresie necesară pentru perlaborarea abuzului traumatic timpuriu sau este un artificiu iatrogen al unui stil analitic inutil de regresiv? Este *persona* disociată a copilului un dat inevitabil al traumei cronice sau este

doar adaptarea pacientei la un punct de vedere particular susţinut de analist? Am descoperit — şi ne-a fost confirmat de numeroşi colegi, studenţi şi

supervizaţi — că faptul de a vorbi direct *personei* copilului şi înţelegând impasurile terapeutice apărate cu tenacitate din perspectiva copilului — adică, faptul de a ţine cont de organizarea Eului şi de sistemul de relaţii cu obiectul internalizate specifice copilului — schimbă profund natura travaliului analitic.

Cu această formulare în minte vom face următoarele recomandări terapeutice:

1. Adresarea directă către *persona* copilului din interiorul supravieţuitoarei adulte este modul cel mai eficient de recuperare a tuturor amintirilor traumatogene. Acest lucru este important în mod special, deoarece latura mai afectată a spectrului este cea aflată în afara conştientizării.

2. Vorbind direct cu *persona* copilului este, de asemenea, modul cel mai eficient de a perlabora, prin transfer–contratransfer, un sistem intern mai patologic de reprezentări ale sinelui şi ale obiectului şi de apărări care distorsionează realitatea. O astfel de structură internalizată atentează serios la relaţiile interpersonale actuale ale pacientei şi, în multe cazuri, construieşte aceste relaţii în linii sadomasochiste, care fac din pacientă o victimă constantă a abuzului real sau perceput. Aici, experienţele reale interacţionează sinergic cu lumea izolată a obiectelor interne ale *personei* copilului abuzat, pentru a-i confirma în continuare caracterul rău intrinsec şi, în consecinţă, a intensifica indirect barierele disociative.

3. Stabilirea unei alianţe între *persona* copilului şi analist are efectul de a

schimba simbolic experienţa traumatică iniţială de izolare şi disperare, prin declanşarea internalizării unei noi relaţii terapeutice cu obiectul, care produce o schimbare permanentă în structura internă.

Deşi subliniem importanţa lucrului cu stările disociative în terapia supravieţuitoarelor adulte, suntem totuşi conştiente că realizarea acestor obiective poate deveni un proces clinic complex şi problematic. Două zone în care progresul terapiei este cu precădere expus eşecului sunt ilustrate cu următoarele exemple de caz specifice:

Repunerea în scenă repetitivă a amintirilor abuzului

În cazurile în care bariera disociativă este extrem de solidă (însemnând, de regulă, un abuz mai sadic sau mai timpuriu) amintirile pot apărea și pot fi verbalizate de pacientă și analist, fără ca integrarea să urmeze în maniera obișnuită. Într-un astfel de caz, pacienta este *extrem* de tristă, tremură și este zguduită de plâns, de obicei ghemuită cu capul îngropat între brațe și fără să-l privească pe analist. Deși pacienta poate spune povestea abuzului ei într-o astfel de stare de agitație și analistul poate dobândi *informații*, poate pentru prima oară, despre detaliile abuzului, integrarea dintre stările de copil și adult din interiorul pacientei *nu* se realizează.

Aici, natura esențială a configurației de transfer–contratransfer evocă repunerea în scenă regresivă în cadrul psihanalitic a unui fragment de experiență

disociată anterior. Într-un astfel de caz, repunerea în scenă poate însemna un dialog dintre pacientă și abuzator. Într-o situație de acest fel, analistul este pur și simplu martor la conversația care a avut loc între victimă și abuzator în timpul abuzului, cu pacienta rejucând ambele roluri în timpul ședinței de terapie. Nimic nu îi este adresat terapeutului; de fapt, într-o astfel de situație, pacienta pare să facă abstracție de prezența terapeutului.

În a doua situație, pacienta repune în scenă în ședința de terapie un dialog care s-a desfășurat între aspecte disociate ale sale în timpul experienței concrete a abuzului. În cazul acesta, dialogul are o trăsătură repetitivă, monotonă, fiind în sine hipnotic, ca o transă. Poate fi un cântec anume sau o poezioară recognoscibilă, repetată iar și iar într-un efort evident de a opri conștientizarea a orice altceva. În ambele scenarii, pacienta ignoră prezența analistului; el sau ea există doar ca observator al acestei repuneri în scenă disociate. Prin intermediul identificării proiective, analistul, în acest context, rămâne adesea cu același sentiment de neputință și pierdere a controlului în fața regresiei traumatice copleșitoare trăite demult de copilul abuzat.

Deși analistul observă, nu participă la această repunere în scenă. Deși detaliile transferului și contratransferului sunt necesare și esențiale pentru evocarea experienței, disocierea este, în acest caz, o apărare împotriva perlaborării amănuntelor relației, reale și fantasmate, cu analistul, în intimitatea și reciprocitatea cadrului terapeutic. Când astfel de apărări împotriva perlaborării în transfer se rigidizează, aceste tipare de repunere în

scenă disociată devin adesea aspecte

repetitive şi neproductive ale travaliului terapeutic. Iată un exemplu clinic ce poate ajuta la clarificarea motivului pentru care astfel de tipare se fixează şi a modului în care ar putea fi deblocate.

O analistă talentată şi experimentată a solicitat recent un număr de consultaţii cu privire la terapia ei cu supravieţuitoarea adultă a unui incest cu care, credea ea, „lăsase regresia să meargă prea departe". Pacienta era supravieţuitoarea de 27 de ani a unui incest tată–fiică ce debutase când avea 5 ani şi continuase până când a avut prima menstruaţie. Tatăl pacientei era alcoolic, iar abuzul sexual includea adesea şi violenţe fizice. Pacienta nu avea nicio amintire conştientă a abuzului în momentul când a început terapia, dar juxtapunerea stranie dintr-o adaptare externă extrem de reuşită şi o simptomatologie de un masochism primitiv intens şi făţiş autodistructivă, a alertat-o cu privire la posibilitatea unui astfel de istoric, pe analista care tocmai aflase de lucrările psihanalitice din ce în ce mai numeroase pe această temă.

Terapeuta din acest caz îşi făcuse bine temele, fiind familiarizată cu multe lucrări despre traumă, abuz sexual şi terapia psihanalitică cu această categorie de pacienţi. Dobândise astfel familiaritate şi confort în lucrul cu întoarcerea materialului disociat şi, cu astfel de cunoştinţe, facilitase apariţia în terapie a *personei* copilului şi a evantaiului ei de amintiri până atunci inexprimabile. Deşi analista era acum foarte familiarizată cu multe dintre evenimentele importante din trecutul pacientei, analiza a intrat într-un tipar de care nu era mulţumită. Prezentăm această consultaţie, deoarece considerăm că e tipică pentru multe cazuri de lucru cu material

disociat, căruia i se poate permite să devină perseverent şi interminabil. Această problemă curentă pentru clinicieni derivă din accentul exclusiv pus pe „abreacţia completă, încărcată de afect" a evenimentelor patogene, descrisă în lucrările dedicate traumei, şi din relativa lipsă de concentrare pe ideea că o astfel de abreacţie, deşi esenţială, reprezintă doar un mijloc spre integrarea finală a unor asemenea experienţe.

În prezentul exemplu de caz, amintirile experienţei incestuoase dintre pacientă şi tatăl ei au început să apară în mare măsură în felul cu care ne-am

obișnuit. Pacienta s-a ghemuit pe canapea și a început să vorbească cu o voce de copil. La un moment dat în ședință, repovestirea experienței s-a transformat într-o retrăire și pacienta nu mai era, practic, conștientă de distincția dintre aceste evenimente trecute și contextul actual. Analista era atât fascinată, cât și alarmată de intensitatea, concreteţea și puterea regresivă a acestei repuneri în scenă. Pacienta putea „sfârși ascunsă prin vreun colț al cabinetului, vorbind din spatele unui raft de cărți sau zvârcolindu-se la propriu pe canapea în moduri sugestive sexual". Uneori, pacienta era capabilă să audă intervențiile analistei, dar de multe ori nu. Aceste experiențe din ședință le-au fost inițial utile analistei și pacientei în a le convinge pe amândouă de realitatea intensă a ceea ce presupuseseră doar vag că ar fi fost adevărat și în a-i furniza analistei multe detalii ale unor întâmplări particulare, ce aveau să se dovedească utile în formularea interpretărilor ulterioare în terapie.

De-a lungul timpului, totuși, o transformare interesantă, observabilă mai întâi în contratransfer, a început să impregneze relația terapeutică. Analista, care inițial

fusese „hipnotizată“ de drama care se desfășura și de intensitatea brută a materialului disociat, a început să nu mai aibă răbdare, să fie aproape plictisită de repunerile în scenă regresive care începuseră să pară inevitabile și repetitive. Vorbind aproape șoptit ea însăși, analista s-a confesat vinovată: „Este groaznic că spun așa ceva și știu că ceva nu e în regulă că reacționez în felul acesta… e unul dintre motivele pentru care am venit. Dar săptămâna trecută, când ea (pacienta) retrăia una dintre cele mai groaznice amintiri — ceva ce inițial m-a înduioșat până la lacrimi — am gândit de fapt — of, asta e chiar groaznic —, am gândit, de fapt: «Deci… ce alte noutăți mai ai?»”

Aceasta nu este o reacție neobișnuită la terapeuții care lucrează cu supraviețuitoare adulte, deși este întotdeauna ceva ce provoacă o vinovăție intensă. Experiența amintește de cea a unui părinte care o dată este extaziat de forța dezlănțuită a unui copil de 2 ani, poruncitor și autoritar, dar consideră mai puțin înduioșătoare astfel de ordine dictatoriale din partea unui copil cu câțiva ani mai mare (Mitchell, 1990). Pe măsură ce copiii se maturizează, avem așteptări din ce în ce mai mari de la ei. Pe măsură ce pacienta progresează în terapie, terapeuții rămân tributari anumitor noțiuni de progres

al dezvoltării şi schimbare terapeutică, menţinând o identificare empatică cu dorinţa pacientei de a crește. Desigur, aici ne aflăm pe un teren periculos: transfer sau contratransfer? Frustrare sadică de către pacientă a ţelurilor concepute de analistă pentru ea? Sau furie răzbunătoare din partea analistei care dorește să salveze și să vindece acest suflet zbuciumat?

În cadrul unui model relaţional care pune accent pe credinţa că analistul şi

pacientul cocreează paradigmele ce trebuie analizate, suntem scutiţi de nevoia de a dezlega astfel de șarade. Presupunem că ambele posibilităţi, ca şi multe altele, sunt reale, fiind un semn nu al dezintegrării morale a acestei analiste, odată empatice, ci o trecere definitivă în semnificaţia intrapsihică a acestei repuneri în scenă în particular, care este retrăirea acestui eveniment disociat specific. Alertată de schimbarea tot mai mare din contratransfer, adică de sentimentul că este vremea ca pacienta să „meargă mai departe", terapeuta trebuie să presupună că în şedinţele analitice se joacă o schimbare în matricele relaţionale relevante. Nu mai lucrează de-acum cu copilul îngrozit, lipsit de control şi suprastimulat traumatic, ci cu acel aspect al introiectului sadic, abuzatorul internalizat în căutarea gratificării active prin intermediul repunerilor în scenă transferenţiale ale traumei din trecut şi, care procedând astfel, o lasă pe terapeuta-victimă neajutorată şi copleşită de vinovăţie.

Aici schimbarea contratransferenţială ajută la iluminarea unei reconfigurări în interacţiunea transfer–contratransfer, a cărei interpretare activă reamplasează experienţa altădată disociată direct în miezul relaţiei analitice. Astfel, potenţialul de reintegrare al acestor experienţe, ieşind acum la iveală sub privirea atentă a unui Eu observator/*persona* adultă, poate fi folosit la maximum. Aşa stau lucrurile cu fiecare aspect al paradigmelor internalizate ale reprezentărilor sinelui şi obiectului care populează lumea interioară a copilului abuzat disociat. Pe măsură ce se întruchipează în relaţia cu analistul, ele pot fi observate de pacientă şi de analist deopotrivă, apoi verbalizate, interpretate şi integrate cu celelalte aspecte ale funcţionării adulte. Acest proces de integrare activă care începe în interacţiunea pacient–analist

ar trebui să contribuie în mare măsură la reducerea tipului de repuneri în scenă perseverente ale stărilor disociative, de care se săturase analista din cazul nostru.

Există mai multe alte sugestii tehnice care pot ajuta la facilitarea integrării unor astfel de repuneri în scenă disociate, atunci când se pare că repetarea lor a devenit excesiv de gratificantă în sine şi nu mai este utilă pentru recuperarea altor amintiri. Adesea le cerem pacientelor aflate într-o stare disociată să stea în fotoliu şi să vorbească despre aceleaşi experienţe păstrând contactul vizual cu terapeutul. O pacientă a descris efectele acestei solicitări mult mai elocvent decât am putea-o face noi. Ea a declarat: „Când mă uit în ochii tăi, văd reflectate acolo ororile din viaţa mea. Pari mai furioasă şi mai tristă pentru mine decât pot fi eu însămi. (…) Ochii tăi par iubitori, dar încă e un pericol ascuns acolo“. Această pacientă se luptă să integreze experienţele abuzive în contextul unei noi relaţii cu obiectul, neabuzive, o relaţie care îi permite să perceapă reacţiile emoţionale ale analistei, precum şi să le integreze cu propriile ei reacţii. Credem că simpla solicitare ca pacienta să se ridice şi să privească la analist poate avea un efect major asupra reamplasării „scenei crimei” în diada psihanalitică. Putem înţelege „pericolul“ pe care pacienta îl vede în ochii analistei şi putem lucra cu el mai eficient decât am putea-o face cu un pericol fără chip, care există undeva „acolo”.

Mai sunt câteva sugestii care ar putea fi utile, cum ar fi întrebarea adresată pacienţilor, aşa cum am face cu un pacient cu o reală tulburare de personalitate multiplă: „Partea adultă din tine aude ce spui?… este foarte important ca ea să audă şi să înţeleagă ceea ce descrii". În acest caz se face apel la Eul observator al *personei*

adulte, pentru a fi martor al „celuilalt sine" şi al sistemului internalizat de relaţii cu obiectul ale acestuia, mai primitive şi cu organizare sadomasochistă. Aşa cum inspirat a formulat o pacientă: „Nu vorbeşti doar *cu* copilul, vorbeşti *cu* adultul *despre* copil". Procedând astfel, se urmăreşte încurajarea identificării dintre *persona* adultă şi analist, pe măsură ce acesta din urmă încearcă să-l implice, să-l modereze, să-l conţină şi, în esenţă, să-i fie părinte copilului abuzat şi disociat.

Menţinerea cadrului analitic

Deşi mult din ceea ce am scris subliniază importanţa evocării *personei* copilului disociat şi a sistemului său corespunzător de reprezentări ale sinelui şi obiectului specifice episoadelor de abuz, este la fel de important ca

terapeutul să nu piardă niciodată din vedere organizarea adultă a sinelui şi obiectului în această matrice relaţională. În cele din urmă, *persona* adultă este cea care poartă responsabilitatea pentru menţinerea cadrului analitic (adică respectarea unui anumit orar, plata facturilor, respectarea nevoilor de intimitate, timp liber, somn ale analistului etc.) Orice terapie, legată sau nu de abuz, care cuprinde anumite repuneri în scenă regresive în transfer, trebuie să traverseze un veritabil câmp minat de interacţiuni cu potenţial de distrugere a terapiei, încurajate tacit de o astfel de regresie.

Sub influenţa repunerilor în scenă regresive, pacienta îi poate face analistului solicitări adeseori scandaloase. Deşi ne-am obişnuit să auzim despre nevoile percepute ale pacientelor noastre şi despre propria noastră luptă cu presiunea constantă dintre gratificările simbolice, frustrări şi interpretări, astfel de cereri, atunci

când sunt făcute de paciente cu istoric de abuz sever, exercită o presiune contratransferenţială extrem de puternică şi de intensă. Cererile care sunt, contextual, încorporate într-o poveste de abuz şi neglijenţă şi repetate tânguitor exact de copilul care a îndurat astfel de maltratări, îl pot determina chiar şi pe cel mai ferm adept al puterii abstinenţei şi neutralităţii să facă gesturi inadecvate de tentative de salvare eroică.

Cu toate acestea, terapeutul-salvator idealizat nici nu intră bine în contact cu *persona* copilului abuzat, că matricea relaţională operativă se schimbă şi avem de-a face simultan cu puneri în scenă ale copilului omnipotent, contraabuziv, acel aspect al copilului care se identifică cu părintele sau cu celălalt abuzator. Analistul trebuie să fie pregătit pentru realitatea că, într-o fracţiune de secundă, paradigma centrală organizatoare de transfer–contratransfer se poate schimba de la cea dintre un terapeut-părinte grijuliu şi un pacient-copil dependent, perturbat, plin de doruri şi, în cele din urmă, recunoscător, într-una dintre un terapeut-copil neajutorat, obosit, epuizat, măcinat de vinovăţie şi un pacient-abuzator revendicativ, omnipotent, furios şi ieşit din minţi. Terapeuţii se sucesc, se răsucesc şi iar se sucesc pe măsură ce fiecărei paradigme îi vine rândul în prim-planul relaţiei analitice.

Apariţia şi rezolvarea acestei repuneri în scenă particulare de transfer–contratransfer sunt tratate în Capitolul 8, dar trebuie menţionate aici pentru a sublinia ideea că, deşi ne bucură apariţia *personei* copilului disociat şi îi

ascultăm povestea, amintirile, experiențele și nevoile percepute, tot timpul îi atribuim pacientului adult responsabilitatea pentru susținerea sa și a capacității de a continua

terapia. Acest lucru oferă echilibrul necesar și o contrapondere pentru presiunea regresivă a unei astfel de terapii. Rolul terapeutului este de a-i da copilului posibilitatea de a face doliul după copilăria pe care n-o mai poate avea, nu de a o trăi în relația transferențială. Este, prin urmare, îngrijorător să auzim atâtea poveşti despre terapeuți care se angajează activ în activități de tip părinte–copil, cum ar fi să le citească pacienților cărți pentru copii, să se joace jocuri de copii în timpul ședințelor ș.a.m.d., ca și cum astfel ar oferi cumva o compensație pentru abuzul îngrozitor din trecut. Departe de a ajuta, astfel de excese pot fi contraproductive, interferând cu doliul necesar care trebuie făcut, prin transmiterea disponibilității terapeutului de a încerca un astfel de „reparentaj". Considerăm că o înțelegere profundă a lumii obiectelor interne a acestor pacienți va arăta limpede că astfel de încercări sunt sortite eșecului. Din contră, tocmai capacitatea constantă a pacientei de a funcționa, adică de a își îndeplini obligațiile necesare, inerente participării ei la viața adultă, o va convinge, în cele din urmă, de capacitatea sa de a face față amintirilor și repunerilor în scenă traumatice, fără să fie copleșită și retraumatizată. În consecință, noi ne încurajăm pacientele să continue să lucreze și să mențină un minimum de interacțiune socială cu lumea exterioară. Insistăm ca toate ședințele să fie plătite integral, să fie respectate limitele de timp și să se păstreze o înțelegere rezonabilă pentru nevoile terapeutului într-o astfel de relație terapeutică. Desigur, respectarea unui astfel de cadru terapeutic este extrem de dificilă, iar terapeutul ar trebui să fie întotdeauna deschis să negocieze cu pacientul adult modificările terapeutice specifice necesare pentru a-i permite omologului copil să înceapă demersul terapeutic.

Doamna P., în vârstă de 32 de ani, era supraviețuitoarea abuzului sexual repetat comis de tatăl ei sadic și alcoolic. Următorul fragment face parte dintr-o ședință din al treilea an al unei analize cu trei ore pe săptămână, la vremea când pacienta începea să recupereze amintiri despre cum fusese sodomizată cu forța.

PACIENTA: N-am cum să plec acum; știu că n-o să mă pui să fac asta. Sunt

distrusă… varză… nu pot să ies acum (din ce în ce mai panicată). Știu că ai alt pacient după mine, dar, numai o dată, spune-i să plece, trebuie să faci asta, pentru că nu pot, chiar nu pot să mă opresc. Te implor!

Aici analista este pusă în fața unei propuneri aparent fără șanse de câștig. A o „forța“ pe pacientă să plece repune în scenă un scenariu abuziv, cu terapeuta în rol de abuzator și pacienta ca victimă care roagă și imploră. Poate mai puțin vizibil, contratransferențial, cel puțin, este rolul terapeutei și al pacientului următor, ca victime ale unui abuzator infantil și incontrolabil, care pur și simplu „nu se poate opri”.

TERAPEUTA: Știu cât de mult suferi, pentru că am fost alături de tine toată ședința. Și aș vrea să pot face asta pentru tine, acum… să fac să dispară tot restul lumii și toți ceilalți pacienți ai mei… să-ți spun că, deoarece tatăl tău ți-a făcut asta, meriți de această dată să fii singura persoană din lume care contează. Cred că e în regulă să-ți dorești asta… Chiar vreau să-ți dorești asta… Dar nu-ți pot îndeplini dorința.

PACIENTA: De ce nu… numai de data asta. Nu ți-am mai cerut-o până acum. Chiar pun pariu că celălalt pacient va înțelege. Mai apar situații de criză, toată lumea știe asta. Și eu aș înțelege dacă o dată ar trebui să-mi anulezi ședința din cauza unei crize a altcuiva. S-ar putea să nu-mi placă, dar aș înțelege.

Terapeuta își dă seama că, sub presiunea contratransferențială de a empatiza cu copilul abuzat, pacienta începe să fie rezonabilă. Chiar se gândește, pentru o clipă, să cedeze cererii pacientei.

TERAPEUTA: Pare o cerere rezonabilă și presupun că, dintr-un punct de vedere, chiar este. Dar mie mi se pare că mai e un punct de vedere la fel de important. Dacă îți spun că da, e OK să rămâi și să folosești timpul altcuiva… îți spun de fapt că toate grozăviile pe care le-ai îndurat te îndreptățesc să fii atât de lipsită de control încât să abuzezi de drepturile persoanei de dincolo (pacientul următor); că faptul că ai fost abuzată îți dă dreptul să nu ții cont de drepturile și granițele celuilalt, să te identifici cu tatăl tău și să-l transformi pe pacientul de dincolo în tine însăți.

PACIENTA: Nu-mi pasă!

TERAPEUTA: Știu că acelui copil din tine care a fost rănit atât de cumplit nu-i pasă de acest străin și, în momentul acesta, nici nu m-aș aștepta să-i pese. Dar singurul mod pe care-l cunosc pentru ca fetița aceea din tine să poată simți în siguranță toate dorințele mânioase pe care le-ar putea imagina

este să cer foarte clar ca toate acele dorințe mânioase să nu facă rău altcuiva.

PACIENTA: În clipa asta nu-mi pasă de alții.

TERAPEUTA: Pot să înțeleg lucrul acesta.

PACIENTA: [*Plângând*] Nici măcar de tine nu cred că-mi pasă.

TERAPEUTA: Nu-i nimic. O să încerc să mă protejez și pe mine. Și apoi, poți să simți toată ura aceea fără să-ți faci griji pentru alții în afară de tine.

PACIENTA: Bine, deci faci asta pentru mine; înțeleg ce spui, dar pur și simplu nu cred că pot să fac asta. Sunt prea supărată pentru a mă ridica și a ieși în lume. Nu mă pot controla.

TERAPEUTA: Eu cred că poți. Cred că ți-ar plăcea să ai libertatea să nu te poți controla, să te eliberezi de povara de a trebui să te controlezi. La urma urmelor, tatăl tău nu s-a străduit să se controleze, nu-i așa? Tu de ce-ar trebui?

PACIENTA: Știu că vrei să spun da, bine, înțeleg și acum plec cuminte. Dar tot nu pot [*panicându-se iar*].

TERAPEUTA: Eu trebuie să cred că poți, pentru că ne vom opri acum. Trebuie să facem așa, ca să putem continua să lucrăm în felul acesta. Știi că, dacă ai probleme, mă poți căuta mai târziu, pe seară.

Pacienta descrisă aici a reușit să plece și să funcționeze destul de bine până la ședința următoare. Totuși, mulți pacienți, în ciuda celor mai inspirate eforturi interpretative, vor pleca dintr-o astfel de ședință extrem de furioși pe ceea ce

percep ca brutalitate a analistului. Drept liniștire, putem doar să subliniem aici convingerea pe care o avem că activitatea noastră presupune negocierea constantă și delicată a repunerilor în scenă regresive și a perelaborării și

dezvăluirii progresive. „Terapeutul brutal și fără inimă" nu este un eșec terapeutic, ci un aspect central al matricelor interne organizatoare ale sinelui și obiectului, care trebuie perlaborate în timpul întâlnirii analitice. Cu toate acestea, partea adultă, funcțională, a pacientului și analistul trebuie să protejeze împreună structura și direcția terapiei de încurcăturile seductive ale punerilor în scenă terapeutice regresive, care amenință continuitatea tratamentului.

În cazul acesta, analistul încearcă să mențină cursul prin furtună, știind că toată lumea implicată va fi zguduită fără milă și că vor fi perioade în care orice sentiment al direcției și scopului vor fi pierdute. Aici avem în minte destinația finală, dar știm că succesul suprem al capacității noastre de a naviga și de a supraviețui va depinde de abilitatea noastră de a distinge punctele de reper și jaloanele în ceața covârșitoare. Pe măsură ce ne familiarizăm cu tipurile de procese disociative descrise, ne creștem abilitatea de a reacționa rapid și sigur, fără să forțăm, în același timp, granițele cursului adesea ascuns.

CAPITOLUL 5

Dezvăluirea și recuperarea amintirilor

Abuzul sexual al copiilor este învăluit în secret și negare. Secretul este impus de făptuitor printr-o varietate de intimidări, care merg de la unele subtile până la unele de un sadism feroce. Frecvent, tăcerea smulsă de la copil este internalizată atât de profund, încât victima ajunge la maturitate păstrând intact secretul violurilor. La cele mai extreme niveluri de conservare, abuzul sexual rămâne disociat de conștiința de zi cu zi a pacientului, constituind astfel un secret chiar și pentru victimă. Dacă, pe de altă parte, copilul dezvăluie abuzul la momentul când se petrece, adesea este ignorat, nu este crezut, este denigrat sau abuzat suplimentar în loc să fie validat și sprijinit.

Dat fiind gradul în care copilul abuzat și supraviețuitorul adult expulzează victimizarea lor sexuală către un ținut al secretelor întunecate, nu este surprinzător să descoperim că multe femei cu istoric de abuz desfășoară și chiar „încheie" terapia, fără măcar să menționeze experiențele de abuz. Terapia se poate împotmoli și, în cele din urmă, se poate bloca, din cauza unor numeroase rezistențe și constelații de transfer și contratransfer, aparent inexplicabile, dar profund neliniștitoare, care îi derutează și îi frustrează atât pe pacient, cât și pe terapeut.

Dacă secretul este baza abuzului sexual din copilărie, dezvăluirea în fața cuiva care validează și crede este primul pas al unui proces de vindecare a rănilor devastatoare ale victimizării sexuale timpurii. Este, prin urmare, crucial, ca un clinician să

știe cum și când să faciliteze dezvăluirea, în așa fel încât să devină acel celălalt, de obicei primul, care validează și crede.

Dezvăluirea abuzului din copilărie: ce se întâmplă?

Unii pacienți au divulgat secretul abuzului de la început, în copilărie. Din nefericire, mulți dintre acești pacienți au întâmpinat reacții negative de la destinatarii dezvăluirii; au fost adesea ignorați, învinovățiți sau denigrați pentru abuz de către persoana căreia i s-au destăinuit.

Când, copil fiind, o pacientă a dezvăluit secretul unui adult care apoi nu a reușit să intervină sau să o protejeze, ea a fost, desigur, abuzată încă o dată. Mai mult decât atât, fantasma că cineva o va proteja dacă va spune s-a destrămat și a lăsat-o încă și mai înstrăinată și mai îndurerată. Barbara, molestată sexual de tatăl său, i-a spus mamei ei despre abuz când avea 12 ani, la patru ani după debutul victimizărilor ei, petrecute aproape în fiecare noapte. Mama Barbarei atârna rufe în curte, când Barbara i-a spus dintr-odată: „Mami, tati își pune penisul între picioarele mele noaptea și mie nu-mi place“. Mama a continuat să întindă rufe și, când Barbara și-a făcut curaj să reia, i-a răspuns: „Barbara, stai în picioarele mele. Du-te în casă și vezi dacă tata s-a trezit”. Mesajul către această fată nici că putea să fie mai clar; rolul ei era să-și slujească tatăl în toate felurile posibile, în vreme ce mama rămânea detașată emoțional atât de soț, cât și de fiică. Neglijența ostilă implicită din această interacţiune n-a fost altceva decât încă un motiv abuziv în tabloul copilăriei Barbarei.

Evident, fetița care a dezvăluit abuzul sexual când era mică și s-a confruntat cu o reacție negativă devine adesea la maturitate o pacientă care, chiar dacă își amintește traumele sexuale, este îngrozită să le mai dezvăluie o dată, de teamă că va fi respinsă iar. Sensibilitatea terapeutului față de derivatele și simptomele care sugerează un istoric de traumă sexuală și capacitatea lui de a-și păstra starea de spirit într-o astfel de situație sunt cele care pot conduce la dezvăluire și la începutul vindecării.

Facilitarea dezvăluirii abuzului sexual în terapie

Încă de la apariția ei, psihoterapia s-a bazat pe convingerea că a vorbi despre propria viață în contextul unei relații terapeutice are un efect mutativ. Încă de la descoperirea, de către Anna O., a „terapiei prin cuvânt", terapeuții și-au îndemnat pacienții să vorbească. Cu toate acestea, din cauză că povestea sexual traumatică a unei paciente este adesea umbrită de un secret păstrat îndelung, este obligatoriu ca terapeutul să adopte o poziție activă pentru obținerea de informații despre experiențele de abuz din trecut. Înainte de a descrie modurile în care poate fi facilitată dezvăluirea, vom examina rezistențele față de acest proces, menționate uneori de clinicieni.

Rezistența la a pune întrebări

Terapeuţii pot fi rezervaţi în a întreba despre un istoric de abuz, dintr-un număr de motive. În primul rând, ar putea simți că pacientele vor divulga aspecte

importante din trecutul lor atunci când vor fi pregătite. A întreba, în cazul acesta, este perceput ca prematur sau intruziv. Clinicienii pot crede, de asemenea, că un istoric de abuz sexual, dacă există, este doar încă o parte a poveștii pacientei și nu reprezintă ceva ce trebuie căutat special. În acest caz, a întreba este considerat irelevant. O a treia problemă ridicată de terapeuți se referă la credibilitatea abuzului sexual divulgat ca răspuns la întrebări în timpul anamnezei, mai ales abuzul sexual dezvăluit de paciente psihotice sau borderline. Acest argument este un ecou al îndoielilor lui Freud cu privire la credibilitatea informațiilor oferite de pacientele mai tulburate. În sfârșit, terapeuții au îndoieli cu privire la dezvăluirea abuzului sexual din copilărie și atribuie aceste relatări unor fantasme și conflicte oedipiene nerezolvate.

Toate aceste argumente împotriva chestionării pacientei cu privire la abuzul sexual reprezintă adeseori o rezistență contratransferențială din partea terapeutului. Trauma psihică, mai ales abuzul sexual, îi trezește clinicianului disconfort și anxietate. La fel ca întreaga societate, ca familia victimei și, destul de frecvent, ca însăși pacientele, terapeuții nu vor să știe că pacientele din fața lor au fost violate, adesea repetat, poate chiar sadic, poate la vârste foarte fragede. Vrem să ne dăm înapoi și să închidem ochii la modul ordinar și brutal în care copiii sunt victimizați sexual. Și astfel, prea des, nu întrebăm, sub pretextul caracterului potențial intruziv sau irelevant al unor astfel de întrebări, sau găsim motive să nu credem ceea ce auzim, invocând tendința semnalată a pacientelor cu tulburări mai grave de a distorsiona, sau ne bazăm pe teoria oedipiană pentru a reformula ceea ce ni se spune. Ultimele

două rezistențe ale terapeutului pot fi deosebit de devastatoare pentru pacientele care au fost invalidate anterior când au vorbit despre experiențele lor de abuz.

Lucrările care corelează trauma reală timpurie și patologia borderline sugerează că, într-adevăr, relatarea copilăriei făcută de pacienta borderline poate fi destul de distorsionată. Totuși, în contrast cu conceptualizările tradiționale ale tulburării borderline (Kernberg, 1984) aceste lucrări sugerează că modul în care pacientele borderline distorsionează este acela de

a-şi prezenta trecutul în nuanţe mult mai roz decât a fost în realitate, în încercarea de a menţine imagini pozitive ale obiectelor parentale atât de iubite şi de necesare.

Experienţa noastră clinică este, cu certitudine, mai conformă cu această paradigmă nouă a patologiei borderline. Supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual tind să fie susţinătoare fervente şi elocvente ale abuzatorilor, mai ales ai celor parentali, şi adesea neagă sau minimalizează cu anii gradul victimizărilor lor trecute. Ni se pare astfel mai dificil să ne ajutăm pacientele să accepte deplina amintire cognitivă şi afectivă a abuzului, decât să valideze realitatea de fapt a acestuia. Cu alte cuvinte, fantasma pacientelor noastre este că au avut o copilărie mai bună decât în realitate.

Cât priveşte etichetarea greşită a relatării abuzurilor sexuale reale drept fantasme oedipiene, subliniem diferenţele fenomenologice dintre pacienţii care prezintă fantasme oedipiene şi cei care au amintiri ale traumei sexuale timpurii reale.

Înainte de toate, este improbabil ca pacienta care se luptă cu probleme psihice legate predominant de conflicte oedipiene nerezolvate să prezinte

simptomatologia severă şi fragmentarea Eului manifestate de supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie. Apoi, prezentarea fenomenologică a materialului oedipian este vizibil diferită de amintirile abuzului sexual. Fantasmele oedipiene, deşi frecvent sunt supărătoare pentru pacient, nu poartă greutatea imagistică sau afectivă a amintirilor abuzului sexual. Mai mult decât atât, anxietatea care înconjoară materialul oedipian este, de obicei, o reacţie la furia criminală simţită împotriva părintelui de acelaşi sex; nu este evocată de aspectele explicit sexuale ale conflictului oedipian. În sfârşit, anxietatea de sorginte oedipiană este de regulă înlăturată din experienţa subiectivă directă; în schimb, se manifestă în simptome precum fobii sau tulburări fizice. Când pacienţii vorbesc în terapie despre conflictele oedipiene, funcţionarea Eului va rămâne cel mai adesea intactă.

Anxietatea legată de amintirile abuzului sexual, în schimb, este direct legată de aspectele sexuale ale relaţiei supravieţuitoarei cu abuzatorul. Cel mai adesea, aceasta nu este îndepărtată cu succes prin formarea de simptome, ci este trăită subiectiv şi, de fapt, o copleşeşte frecvent pe pacientă, având ca

rezultat disocierea, perturbări grave ale funcţionării Eului şi flashbackuri sau imagini intruzive despre abuz. Astfel, deşi amintirile abuzului sexual şi consecinţele traumei timpurii pot coincide, cum se întâmplă adeseori, cu fantasme şi conflicte oedipiene, manifestarea lor este suficient de diferită cât să permită clinicienilor să identifice cauzele a ceea ce aud în cabinet.

Importanţa întrebărilor

Dat fiind ceea ce se cunoaşte acum despre incidenţa abuzului sexual în copilărie, în general şi în rândul populaţiei, de pacienţi, în special o populaţie aparent borderline, şi dat fiind secretul care înconjoară de obicei victimizările din copilărie ale unei supravieţuitoare adulte, este obligatoriu ca terapeuţii să pună întrebări despre abuzul sexual, la fel cum întreabă în mod obişnuit despre orice alte experienţe potenţial semnificative din copilărie.

În timpul anamnezei fiecărui pacient, explorăm posibilitatea abuzului din trecut. Pe măsură ce pacienţii ne vorbesc despre experienţele lor sexuale trecute şi prezente, întrebăm standard despre abuzul sexual, spunând ceva de genul: „Mă întreb dacă îmi poţi spune despre vreo experienţă sexuală neplăcută sau supărătoare când erai copil sau adolescent".

Există subgrupuri de paciente de avut în vedere când punem astfel de întrebări, de la pacienta neabuzată până la cea care a disociat complet amintirile şi afectele asociate cu traume reale timpurii. Este, aşadar, important să evaluăm reacţiile la aceste întrebări atât din punctul de vedere al conţinutului verbal, cât şi al procesului nonverbal. Majoritatea pacientelor neabuzate, de exemplu, tratează aceste întrebări ca pe o rutină; răspunsuri verbale negative directe, dublate de poziţii corporale, expresii faciale, afecte şi inflexiuni ale vocii, la fel de directe. Pacientele care au fost, de fapt, abuzate se vor manifesta şi ele pe un continuum.

Unele supravieţuitoare adulte intră în terapie sperând cu disperare să fie întrebate despre abuz, ca să poată începe să vorbească (Herman, 1981). Acestea sunt paciente cu amintiri vii ale traumei lor din copilărie, care vor să vorbească, dar nu o

vor face până când şi dacă nu se asigură că terapeutul doreşte şi poate să le audă povestea. Simpla întrebare despre un abuz sexual din trecut e de cele

mai multe ori suficientă pentru a facilita dezvăluirea din partea acestor paciente.

Există acum date empirice care susţin eficacitatea simplului fapt de a le întreba pe pacientele noi despre abuzul sexual. De exemplu, Briere şi Zaidi (1988) au realizat un studiu în care 100 de rapoarte de internare ale unor femei nonpsihotice venite la camera de gardă a unui spital urban de psihiatrie au fost evaluate în două faze. În prima evaluare, au fost alese la întâmplare 50 de fişe medicale şi s-a verificat în raportul de internare menţiunea de abuz sexual în trecut; această informaţie apărea în 6% dintre fişe. Clinicienii au fost apoi instruiţi să întrebe în mod expres la internare despre victimizări sexuale trecute. Alte 50 de rapoarte de internare, de după instruire, au fost alese aleatoriu şi, de data aceasta, 70% dintre femeile consultate au declarat că au fost abuzate sexual la un moment dat în viaţa lor. Aceşti cercetători şi alţii (Cole, 1988) subliniază că multe dintre aceste femei fuseseră şi în alte rânduri în instituţii medicale, dar nu dezvăluiseră abuzurile din trecut. Punem astfel accent pe nevoia imperativă de a-i întreba pe toţi pacienţii despre vreun abuz în trecut. Întrebarea facilitează adesea dezvăluirea, şi aceasta este necesară pentru producerea vindecării.

Desigur, uneori, simpla întrebare nu duce la o dezvăluire. Acest lucru se poate întâmpla când pacienta a disociat toate amintirile despre traume. Poate apărea şi când pacienta are amintiri conştiente ale abuzului, dar este tributară unui obiect intern de care este foarte dependentă sau care i-a impus tăcerea. În sfârşit,

poate fi asociată cu frica pacientei că terapeutul va ignora sau nu va crede povestea dezvăluită. Pacienta care are amintiri conştiente, dar despre care încă nu poate vorbi, se situează la punctul următor pe acest continuum.

Este posibil ca o pacientă care îşi aminteşte foarte clar abuzul să fi purtat secretul pentru multă vreme şi să fie încă foarte ataşată de un obiect internalizat care impune tăcere şi induce ruşine. Dezvăluirea abuzului trecut reînvie orice ameninţare sau promisiune pe care o va fi făcut făptaşul pentru a obţine tăcerea şi pune, de asemenea, în pericol relaţia internalizată; dezvăluirea ameninţă, aşadar, organizarea lumii sinelui şi a obiectelor interne ale pacientei. Dezvăluirea poate fi, de asemenea, percepută ca extrem de riscantă, deoarece trezeşte teama că terapeutul, probabil ca şi alţii mai înainte,

va ignora, nu va crede sau va invalida, într-un fel sau altul, importanţa traumei timpurii.

O astfel de pacientă probabil că nu va dezvălui abuzul sexual în timpul anamnezei, dar este posibil să ofere răspunsuri nonverbale afirmative la întrebările terapeutului. Adesea, această pacientă se crispează la întrebări referitoare la abuzul sexual, îşi întoarce repede privirea în altă parte în timp ce verbal îşi neagă propriul trecut sau oferă argumente exagerat de intense şi de elaborate, ce susţin că n-a fost niciodată abuzată. Chiar dacă femeia abuzată sexual care îşi aminteşte victimizările trecute nu este pregătită să le dezvăluie în timpul anamnezei, întrebările terapeutului îi arată că el ştie şi crede că copiii sunt abuzaţi sexual, că acele violuri reprezintă un material clinic important şi că este pregătit să ajute fosta victimă să perlaboreze amintirile şi afectele legate de un astfel de abuz.

Cine vorbeşte primul?

Chiar dacă terapeutul se arată dornic şi pregătit să lucreze cu abuzul trecut al pacientei, aceasta duce frecvent o luptă crâncenă pentru a reuşi să verbalizeze adevărul despre abuz, chiar şi atunci când, vreme de multe săptămâni sau luni, atât el, cât şi terapeutul s-au tot învârtit în jurul subiectului, precum un avion în căutarea celei mai bune abordări a pistei pentru aterizare. La început, terapeutul care bănuieşte un trecut de abuz sexual al pacientei poate explora împreună cu acesta semnificaţia derivatelor trădării, intruziunii, penetrării nedorite, lipsei de validare. Pacienta şi terapeutul pot căuta semnificaţia paradigmelor de transfer şi contratransfer care reproduc aspecte ale abuzului, cum ar fi percepţia pacientului că terapeutul reprezintă un invadator periculos al minţii sale. Terapeuta şi pacienta pot descifra semnificaţia unor simptome dramatice precum tăieturile, abuzul de substanţe, implicarea repetată în relaţii abuzive sau amnezia cu privire la o parte din copilărie sau la întreaga copilărie. Totuşi, la un moment dat, cineva va trebui să aducă avionul la sol punând, pur şi simplu, în cuvinte realitatea traumei sexuale din trecutul pacientei.

Cine, când şi cum va aduce avionul la sol devine o chestiune de sincronizare şi de tehnică pentru clinicianul care lucrează cu o pacientă care îşi cunoaşte abuzul, care ştie că terapeutul ştie, care ştie că terapeutul ştie că ea ştie, dar care încă rezistă verbalizării finale a traumei inexprimabile. Dacă terapeutul

este cel care dă primul expresie inexprimabilului, acest lucru poate fi perceput ca un abuz de

pacienta care luptă să mențină negarea, secretul și devotamentul față de figurile importante ale copilăriei. Pe de altă parte, coluziunea terapeutului cu eterna neștiință poate reproduce prea fidel experiența pacientei cu un părinte non-abuziv care nu vede, nu aude, nu este disponibil, un părinte care a știut despre abuzurile sexuale, dar nu a reușit să o valideze și să o ajute pe pacientă când era mică. În plus, participarea terapeutului la evitarea constantă a lucrurilor știute poate fi percepută de pacientă ca reticența clinicianului de a elabora abuzul împreună cu pacienta. În acest caz, supraviețuitoarea simte că terapeutul o vede în felul în care se vede ea însăși — o ființă infamă, dezgustătoare, inacceptabilă. La un nivel și mai profund, procesul de a se învârti la nesfârșit în jurul secretului abuzului fără a ateriza vreodată pe o verbalizare, devine pentru pacientă un mod de a-l chinui pe terapeut la fel cum a fost ea, în trecut, chinuită și suprastimulată de abuzatorul sexual.

Adesea este potrivit și chiar crucial ca terapeutul să vorbească primul, să dea un nume nenumitului, să înceapă să simbolizeze ceea ce a rămas neorganizat și brut în psihicul pacientei. Dacă terapeutul și pacienta s-au angrenat deja într-un proces rezonabil de amplu de examinare a simptomelor, viselor, derivatelor, fenomenelor de transfer și contratransfer, care toate conduc la concluzia că pacienta a fost victima unui abuz sexual în copilărie, și dacă terapeutul simte că el și pacienta se învârt, de fapt, în cerc în jurul unui lucru știut neverbalizat, atunci indicația terapeutică este ca terapeutul să vorbească primul. A proceda astfel înseamnă a valida realitatea internă a pacientei într-un mod care îl transformă pe terapeut într-o contrapondere solidă pentru obiectele internalizate ale pacientei, abuzive sau

care impun tăcerea. Înseamnă o declarație fermă că abuzul din trecut este o chestiune clinică importantă, pe care terapeutul este capabil să o discute cu pacienta. Demonstrează, de asemenea, și că terapeutul poate pune limite chinului și suprastimulării interminabile. Următoarea vinietă clinică dintre Lisette, o pacientă care fusese abuzată sexual de tatăl ei, și terapeut, ilustrează felul în care acesta poate vorbi primul despre secret:

TERAPEUTA: Știi, mi se pare că ne învârtim amândouă în jurul unui secret important. Cred că, la momentul acesta, știm amândouă că există un secret,

ştim amândouă despre ce e vorba şi amândouă ştim că cealaltă ştie. Dar, deocamdată, nu l-am pus în cuvinte.

LISETTE: Nu înţeleg ce vrei să spui.

TERAPEUTA: Păi am vorbit despre nişte lucruri care sunt intense şi dureroase pentru tine. Am vorbit despre cât de mult îţi urăşti corpul. Am vorbit despre posibilitatea de a retrăi ceva în momentul în care „vezi“ un bărbat în picioare lângă patul tău atunci când încerci să adormi, noaptea. Am vorbit despre cât de tare te sperii ori de câte ori soţul tău vrea să faceţi dragoste. Am observat cum te „zăpăceşti” de fiecare dată când vorbim despre relaţia din copilărie cu tatăl tău. Ne-am întrebat cum se face că ai amintiri foarte clare de până la 7 ani şi apoi nicio amintire de la 7 la 15 ani. Am vorbit despre toate astea şi multe altele şi ne-am întrebat care sunt motivele, dar se pare că niciodată nu am reuşit să punem punctul pe i, să punem în cuvinte motivul

pentru multe dintre simptomele şi conflictele tale.

LISETTE: Crezi că ştii motivul?

TERAPEUTA: Păi cred că, de fapt, amândouă ne gândim cam la acelaşi lucru. Dar mie mi se pare că aceste gânduri par periculoase pentru tine şi că poate ţi-ai dori să fiu eu prima care le pune în cuvinte.

LISETTE: Sunt confuză, nu ştiu ce se petrece aici.

TERAPEUTA: Ei, bine, mie mi se pare ciudat că, dat fiind tot ce-am vorbit despre viaţa ta trecută şi prezentă, singurul lucru despre care n-am discutat niciodată deschis este posibilitatea ca tu să fi fost abuzată sexual în copilărie.

LISETTE: Ah, nu cred că e posibil.

TERAPEUTA: Nu cred că trebuie să decidem acum, pe loc, *dacă* s-a întâmplat. Mă întreb totuşi de ce nu putem măcar să explorăm această posibilitate.

LISETTE: Dar tu *ştii*. *Ştii* că eu cred că s-a întâmplat. Dar îmi pare groaznic

de rău că s-a întâmplat și nu *vreau* să știu, nu *vreau*.

TERAPEUTA: Cu aceste gânduri — această posibilitate să fi fost abuzată — este foarte greu de luptat. Totuși, din experiența mea, lupta cu această ipoteză groaznică este suportabilă atunci când simți că ai pe cineva lângă tine. Și cred că poate fi mai ușor pentru tine dacă facem asta împreună.

Pacienta și terapeuta din această vinietă exploraseră luni de zile o multitudine de derivate ale abuzului sexual — vise, simptome, paradigme de transfer și contratransfer, configurații relaționale repetate din viața pacientei. În plus, pacienta

furnizase derivate care sugerau că era conștientă că ea și terapeuta împărtășeau un secret neexprimat. Mai mult decât atât, derivatele spuneau că secretul era perceput ca fiind în detrimentul relației terapeutice. În sfârșit, existaseră indicii că pacienta și-ar fi dorit ca terapeuta să vorbească prima. De exemplu, pacienta oferise un vis despre o prietenă din copilărie care, în vis, știa un secret despre pacientă. În vis, pacienta își dorea ca prietena să dezvăluie secretul, astfel încât să nu existe nimic între ele.

Dilema clinică este delicată în această situație. Nevorbind prima, terapeuta a încercat să evite o reproducere prea asemănătoare a abuzatorului sexual care a penetrat-o psihologic și fizic pe pacientă cu mult înainte ca ea să fi fost pregătită din punct de vedere emoțional să facă față stimulării și cunoașterii. În același timp, a nu vorbi prima ar fi putut să reproducă, în schimb, poziția părintelui nonabuziv, care a știut pentru prea mult timp despre secretul abuzului pacientei, dar nu a spus și nu a făcut nimic. În acest caz, terapeuta a decis să se manifeste ca un obiect diferit în mod semnificativ de mama pacientei, care pare să fi știut de abuz, dar nu a făcut nimic; terapeuta a fost prima care a dat glas nenumitului. Este important de menționat aici reticența considerabilă a pacientei de a pune în cuvinte abuzul; departe de a-și asuma identitatea unei supraviețuitoare a incestului, pacienta se străduia să-și protejeze părinții, reali și internalizați, de adevărul molestărilor din copilărie.

Deși recomandăm multă precauție în asumarea inițiativei de dezvăluire, există situații precum cea prezentată în această vinietă, în care nu numai că este

acceptabil, ci poate chiar vital ca terapeutul să vorbească primul. Acest gen de dilemă clinică poate fi solicitant atât pentru pacientă, cât și pentru terapeut. Totuși, chiar și mai solicitantă este munca de dezvăluire cu pacienta care a disociat toate amintirile abuzului ei din copilărie.

Dezvăluirea într-o stare disociată

În timpul anamnezei, supraviețuitoarea care a disociat amintirile abuzului va nega sincer orice istoric de traumă sexuală. Cu toate acestea, terapeutul va observa probabil un vag disconfort în privire, o ușoară schimbare a poziției corpului, ca și cum întrebarea ar fi trezit ceva foarte îndepărtat din pacientă. Se poate întâmpla, de asemenea, ca această pacientă să disocieze la întrebarea terapeutului despre traume sexuale trecute, „zăpăcindu-se" pentru un timp mai scurt sau mai lung. Aceste răspunsuri nonverbale îl alertează pe clinician cu privire la posibilitatea unui trecut de abuzuri. Corelate cu evaluarea atentă a semnelor și simptomelor abuzului sexual din copilărie discutate în Capitolul 2, aceste indicii nonverbale îi permit terapeutului să se pregătească pentru posibila dezvăluire a traumei disociate.

În lucrul cu o pacientă care și-a disociat traumele copilăriei, dezvăluirea abuzului se petrece când latura de copil abuzat a persoanei, deținătoarea amintirilor abuzului, iese la iveală pentru a-i împărtăși clinicianului povestea ei. Pentru ca acest lucru să se întâmple, terapeutul trebuie să accepte, să lucreze cu — și chiar să încurajeze — stările disociate în care intră pacienta în timpul terapiei. Exact prin intermediul acestor stări se dezvăluie adevărul, verbalizat pentru prima oară către

terapeut.

O pacientă cu material traumatic disociat începe să „se zăpăcească“ în timpul ședințelor sau descrie trăiri disociative ce survin între ședințe. Terapeuta observă că disocierea se petrece cel mai frecvent atunci când în ședință sunt abordate anumite subiecte. De exemplu, Lorna, al cărei tată o abuzase vreme de nouă ani, s-a prezentat în terapie fără nicio amintire conștientă a abuzului sexual. După câteva luni de terapie, a început să aibă momente de disociere în timpul ședințelor. În timp, terapeuta a înțeles că Lorna disocia întotdeauna după ce vorbea despre relația din copilărie cu tatăl ei, propria sexualitate sau relațiile din prezent cu bărbați. În timpul unei disocieri, ochii Lornei s-au

întunecat, a rămas țeapănă în fotoliu şi nu a avut nicio reacţie la întrebările terapeutei. Când „s-a întors”, Lorna nu îşi amintea nimic din ceea ce spusese înainte de disociere şi nici nu a putut să descrie ce se întâmplase în interiorul ei în timpul cât se disociase.

Terapeuta a început să-i amintească Lornei despre ce vorbise înainte de disocieri şi a întrebat-o ce anume din subiect — relaţia din copilărie cu tatăl ei — era atât de supărător încât trebuia să se distanţeze „zăpăcindu-se". În sfârşit, terapeuta i-a interpretat Lornei că se părea că vorbitul despre tatăl ei, alţi bărbaţi sau sexualitate declanşa sentimente pe care dorea să le evite. După câteva luni şi în timpul unui episod disociativ, Lorna a retrăit şi a descris cum tatăl ei a violat-o când avea 6 ani. La momentul acela, vocea Lornei, expresia facială şi poziţia corpului ei erau asemănătoare cu cele ale unui copil de 6 ani. Episoade similare s-au petrecut în următoarele luni, episoade în care partea de copil disociat a Lornei îşi amintea şi

retrăia traumele ei sexuale.

Este important de observat că dezvăluirea abuzului sexual al Lornei s-a petrecut atunci când terapeuta a acceptat şi s-a folosit de disocierile pacientei. Concentrarea pe disociere ca mod de comunicare, precum şi ca apărare împotriva conştientizării, îi permite clinicianului facilitarea dezvăluirii materialului traumatic disociat.

Dezvăluirea amintirilor, afectelor şi fantasmelor asociate abuzului este esenţială pentru terapia reuşită a supravieţuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie. Dacă parcursul terapeutic duce în cele din urmă la dezvăluirea traumei sexuale, terapeutul trebuie să fie pregătit pentru o varietate de posibile efecte ale dezvăluirii.

Efectele dezvăluirii

Deşi dezvăluirea are multe efecte pozitive, divulgarea iniţială a secretului abuzului poate genera amplificarea dezorganizării şi exacerbarea simptomelor, cum ar fi flashbackuri supărătoare, repuneri în scenă ale unor aspecte ale traumei sau comportament de autopedepsire, declanşat de trădarea şi lipsa de loialitate faţă de familie demonstrată prin chiar gestul dezvăluirii. Aceste consecinţe ale dezvăluirii reflectă întoarcerea obiectelor rele faţă de

care supraviețuitoarea adultă rămâne atașată, inconștient și cu tenacitate (Fairbairn, 1943).

Grup cu risc mai mare de suicid decât femeile fără istoric de victimizare sexuală (Bagley și Ramsay, 1986; Briere și Runtz, 1986), supraviețuitoarele pot avea

tentative de sinucidere, reușite sau nu, atunci când dezvăluirea aduce la lumină amintiri și afecte foarte dureroase și violente, anterior disociate, legate de abuz (Curtois, 1988). În aceste cazuri, sinuciderile — tentative sau reușite — pot fi privite ca atacuri brutale asupra introiectelor pacientei și de către acestea, precum și o expresie a furiei față de terapeut pentru coluziunea cu actul dezvăluirii, chiar încurajarea acesteia. Să vedem un exemplu clinic al reacției unei paciente la dezvăluirea abuzului sexual extrem de sadic al tatălui ei.

Incestul Verei s-a încheiat abia atunci când, la 20 de ani, tatăl ei încercase s-o omoare într-o noapte când se lupta să scape. Ani de zile, în care fusese internată și la psihiatrie de câteva ori, Vera nu spusese nimănui de incest. Prima dată când a făcut această dezvăluire, a început să aibă o tendință acută de sinucidere. Opunându-se cu vehemență internării, a fost nevoie de patru paramedici bărbați pentru a o reține. Pentru un timp, dezvăluiri suplimentare de material legat de incest au trezit o reacție asemănătoare. În cele din urmă, prin interpretarea repetată a repetiției traumei invocate prin acțiunile ei, Vera a fost capabilă să înțeleagă că, după ce dezvăluise amintiri sau afecte asociate cu experiențele ei incestuoase, se comportase într-un fel care dusese la o repunere în scenă înfricoșătoare a momentului în care tatăl tatălui ei o țintuia de podea pentru a o viola. Într-un mod contorsionat și autodistructiv, Vera punea în scenă menținerea devotată a relației ei internalizate cu tatăl ei.

Deși acesta este un exemplu extrem al consecințelor negative ale dezvăluirii, el ilustrează dramatic ideea că destăinuirea secretului abuzului poate avea uneori

ca rezultat o deteriorare temporară a funcționării pacientei, simultan cu o intensificare a simptomatologiei. După explorarea reacțiilor din ședință ale pacientei la orice dezvăluiri de material traumatic, considerăm util s-o avertizăm pe pacientă că s-ar putea să se confrunte mai frecvent cu amintiri,

flashbackuri, gânduri intruzive legate de abuz, în paralel cu reacţii afective intensificate de furie şi groază. În funcţie de simptomatologia trecută a pacientei, sugerăm că se poate simţi fragmentată, deprimată, suicidară sau că poate fi tentată să se angajeze în acţiuni autodistructive, precum automutilarea, consumul de alcool sau şofatul imprudent. Îi subliniem pacientei că, deşi acest tablou de exacerbare a simptomelor ar putea dura o vreme, este temporar. O informăm cu privire la funcţionarea îmbunătăţită care derivă din discutarea şi integrarea, în terapie, a experienţelor ei traumatice. Anticiparea unora dintre posibilele consecinţe negative ale dezvăluirii le poate ajuta pe paciente uneori, deşi nu întotdeauna, să tolereze afectele şi trăirile dezorganizante ale sinelui, fără să se implice în puneri în scenă impulsive.

În ciuda tumultului care urmează uneori dezvăluirii abuzurilor sexuale din copilărie ale supravieţuitoarei adulte, oportunitatea de a dezvălui secretul şi de a discuta despre experienţele de abuz cu o persoană care le validează, semnifică mult mai des începutul vindecării pentru fostele victime.

Deoarece, prin definiţie, cercetătorii nu au acces la femeile care nu şi-au dezvăluit secretele abuzurilor, validarea empirică a efectelor de ameliorare a dezvăluirii este dificilă. Cu toate acestea, lucrări de cercetare (Brunngraber, 1986; Courtois, 1980; Frawley, 1988) sugerează că dezvăluirea abuzului sexual din copilărie

este trăită de către pacientă ca o uşurare extrem de mare şi că este crucială pentru redeschiderea canalelor relaţionale intrapersonale şi interpersonale. Dezvăluirea iniţiază un proces de reamintire şi de relaţionare, care duce, în cele din urmă, la o integrare structurală şi la o funcţionare îmbunătăţită, deşi reamintirea în sine este un proces complicat.

Recuperarea amintirilor traumatice

Unul dintre cele mai importante procese terapeutice care se produce în terapia cu o supravieţuitoare a abuzului sexual din copilărie este reamintirea, verbalizarea şi integrarea amintirilor traumatice izolate, adeseori, pentru vreme îndelungată. Acest lucru este cel mai bine conceptualizat ca exprimarea inexprimabilului şi numirea nenumitului. Chiar dacă pacientele

au împărtăşit cuiva faptul că au fost victimele unui abuz, înainte de intrarea în terapie, rar se întâmplă ca ele să fi vorbit despre lucrurile la care au fost supuse şi de cum s-au simţit la momentul respectiv.

Ceea ce complică procesul de reamintire este faptul că anumite amintiri traumatice sunt frecvent dependente de stare (van der Kolk, 1989). Acestea au fost codificate în stări, legate de traumă, de groază neajutorată şi furie neexprimată şi sunt accesibile numai atunci când pacienta reintră în acele stări afective, lucru care se întâmplă numai când transferul şi contratransferul ating un nivel de intensitate care declanşează evocarea acestor stări. Ceea ce complică şi mai mult recuperarea amintirilor este faptul că, adeseori, amintirile traumatice nu au fost codificate

semantic, ci au fost procesate doar la un nivel cognitiv senzorio-motor. Nesimbolizat şi neverbalizat, abuzul rămâne neorganizat şi necuprins în psihicul pacientei, de unde, viu şi încapsulat în groază şi furie fără cuvinte, acţionează asupra acesteia, dincolo de controlul ei. A simboliza pentru prima oară experienţele, a pune în cuvinte ceea ce i s-a întâmplat înseamnă, în cele din urmă, a conţine necuprinsul abuzului, a-l reduce de la dimensiunile şi forma unui baubau monstruos din copilărie la cele ale unei povestiri încă dureroase, dar mult mai uşor de gestionat, a unor evenimente cu adevărat trecute.

Cu discuţia despre codificarea şi recuperarea amintirilor traumatice pătrundem în zona unei controverse acerbe. Clinicienii de orientare psihanalitică, absolut conştienţi de rolul organizator al fantasmei în viaţa copilului, chestionează frecvent acurateţea amintirilor din copilărie, traumatice sau nu, relatate de pacienţi. Amintirile unor interacţiuni sexuale au fost, cu precădere, considerate îndoielnice, din cauza influenţei centrale resimţite a fantasmelor oedipiene. Mai recent, unii psihologi experimentalişti (Loftus, 1992) au intrat şi ei în luptă, insistând că amintirile abuzului sexual relatat în terapie se pot datora sugestiilor făcute de clinician. Cercetătorii traumei indică, totuşi, faptul că amintirile traumatice sunt, într-adevăr, recuperabile şi sunt, în esenţă, corecte.

În activitatea ei cu copii traumatizaţi, Lenore Terr (1991) relatează că aceia care au fost abuzaţi ca bebeluşi sau copii mici şi care, la momentul terapiei, nu aveau amintiri cu privire la chinurile lor desenau, reprezentau prin joc sau

relatau în mod repetat că „vedeau" descrieri precise ale traumelor lor originale. Terr oferă

exemplul unei fetițe care fusese abuzată sexual și pornografic într-un centru de zi, de la 15 la 18 luni. Amnezică cu privire la aceste întâmplări, fetița a declarat că avea o „senzație ciudată“ pe „burtică” de câte ori un deget era îndreptat către ea; fotografii confiscate de autorități la investigarea respectivului centru înfățișau un penis în erecție îndreptat către exact locul de pe burta victimei pe care ea însăși îl identificase când descria „senzațiile ciudate" (p. 13).

Comportamentele stereotipe ale pacientelor adulte, visele, temerile aparent inexplicabile sau gândurile intruzive recurente transmit adeseori cu precizie detalii ale traumei din trecut. Spunem cu precizie, deoarece, în multe cazuri, validitatea amintirilor a fost confirmată de către terți care aveau cunoștință de abuzul sexual la momentul producerii.

Deși recuperabile, amintirile traumatice variază de-a lungul unui continuum, de la cele complet disociate și în afara conștientizării, la cele organizate și integrate în conștiința pacientei. Pacientele intră în terapie în momente diferite ale reamintirii; unele încep terapia cu amintiri integrate foarte clare, iar altele își încep vindecarea într-un punct de pe continuum. Drumul către reamintire este, astfel, marcat de întoarceri neașteptate și, pentru pacientă, înfricoșătoare.

Multe supraviețuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie ajung în terapie doar cu impresii începătoșate, dacă există și acestea, ale abuzului. Amintirile lor nu sunt codificate semantic, ci sălășluiesc în psihicul lor într-o lipsă de formă nesimbolizată, dezorganizată. Odată ce aceste paciente încep terapia și relația terapeutică atinge un punct critic de intensitate, ele încep să simtă ceea ce percep ca

reacții inexplicabil de puternice la stimuli de mediu aparent benigni. Să vedem două exemple clinice.

Maria avea o reacție violentă de câte ori vedea o anumită nuanță de albastru — se sufoca, avea palpitații, greață și amețeli. Speriată, se gândea că e nebună din cauza acestei reacții dezorganizante la nuanța unei culori. În cele

din urmă, Maria şi-a amintit că încăperea în care unchiul ei o sodomiza avea exact acea nuanţă de albastru, la fel ca şi cuvertura pe care avea loc abuzul. După recuperarea amintirii, reacţia ei la această culoare a pierdut din intensitate.

Lizzie, care fusese abuzată cu brutalitate de mai mulţi indivizi, era atât de incapabilă să-şi verbalizeze experienţele, încât numea toţi termenii asociaţi cu abuzurile cuvinte „câh“ şi lucruri „câh”. A spune sau doar a auzi cuvintele „reale“ — viol, penis, vagin — era echivalent cu a retrăi abuzul, chiar atunci, în momentul prezent. La auzul acestor cuvinte, pacienta se disocia şi retrăia literal abuzul, adesea chircindu-se şi urlând de durere. Când se „întorcea”, nu-şi amintea nimic din episodul disociat. Abia treptat a reuşit să tolereze şi, în cele din urmă, să pronunţe cuvintele asociate cu abuzul. Creşterea toleranţei a coincis cu reamintirea şi relatarea detaliilor violurilor.

Aceste supravieţuitoare şi-au amintit înainte să fie conştiente de acest lucru. Şi-au „reamintit" întâi în moduri nesimbolizate, care erau mai degrabă repuneri în scenă decât amintiri în sensul în care le concepem, ca organizate şi integrate într-un Eu cu o bună funcţionare. La această extremă a continuumului memoriei, amintirile pacientelor despre abuzurile lor erau aproape complet disociate. Clivate din

conştiinţă, ele păstrau intensitatea afectivă a traumei originale şi acţionau cu mare forţă dinafara conştientizării pacientelor.

Când terapeutul lucrează cu o pacientă care trăieşte amintiri nesimbolizate ale abuzului, este important să i se alăture pacientei în explorarea semnificaţiei reînvierii fără cuvinte a traumei. De fapt, primul pas al clinicianului trebuie să fie acela de a-i comunica pacientei că aceste experienţe au o semnificaţie care în cele din urmă poate fi înţeleasă şi simbolizată. Apoi, terapeutul o poate încuraja să nu se îndepărteze şi să asocieze pe marginea stimulului perturbator în şedinţă. În majoritatea cazurilor, pacienta va putea experimenta repunerea în scenă visceralã sau afectivă în cabinet şi, cu ajutorul terapeutului, va recupera amintirea de dincolo de trăire.

La punctul următor pe acest continuum, se află amintirile care se exprimă prin trăiri somatice, care reprezintă simbolic un aspect al traumelor iniţiale. Acestea sunt de obicei percepţii vizuale sau kinestezice conform cărora o

parte a corpului sau tot corpul trece printr-o schimbare. Părţi ale corpului precum mâinile, picioarele, coapsele sau fesele pot fi percepute mai mari sau mai mici; în anumite zone poate apărea amorţeală sau durere; şi supravieţuitoarea poate avea senzaţia că se micşorează la dimensiunile unui copil. Acestea sunt trăiri foarte intense, în timpul cărora pacienta simte şi vede cu adevărat presupusele schimbări somatice. Două exemple clinice ilustrează ideea.

Annalee fusese abuzată sexual de bunicul ei. A început să-şi amintească molestările prin intermediul episoadelor somatice. Mai precis, Annalee se disocia

parţial şi îşi simţea coapsele ca uriaşe şi foarte grele. Uneori, când privea în jos, le vedea ca imense, umflate dincolo de talie. În cele din urmă, Annalee şi-a amintit că bunicul stătea deasupra ei după ce o molesta. Experienţa somatică simboliza greutatea şi presiunea bunicului lăsate pe corpul ei.

Dorothea, care fusese abuzată de tatăl ei, a început să aibă o formă uşoară de neuropatie periferică în piciorul stâng, la scurtă vreme după ce dezvăluise pentru prima oară că tatăl ei o molestase de la 6 la 12 ani. Aceasta semnalizează de obicei apariţia unei alte amintiri noi sau elaborarea unei amintiri a abuzului deja apărute. Mai târziu în terapie, Dorothea a realizat că întotdeauna îşi ţinea piciorul stâng atârnat pe marginea patului în timpul abuzului; era o parte a corpului ei pe care reuşea s-o apere de tatăl ei. Neuropatia periferică reprezenta simbolic atât abuzul, cât şi lupta ei de a proteja de viol o parte a corpului ei.

Aceste experienţe somatice sunt înfricoşătoare pentru pacientă, căreia i se pare adesea că înnebuneşte. Încă o dată, este esenţial ca terapeutul să normalizeze amintirile somatice în contextul modurilor în care supravieţuitoarele abuzului sexual din copilărie îşi amintesc vechile traume. Asigurarea pacientei că nu înnebuneşte, ci se străduieşte să-şi amintească o amintire încă nesimbolizată, îi permite adesea supravieţuitoarei să accepte şi să tolereze experienţa, în loc să i se opună. Apoi, împreună, terapeutul şi pacienta pot explora asocierile la somatizări până când, în sfârşit, trauma iniţială este readusă în amintire.

Mergând pe continuumul amintirii, întâlnim evenimente hipnagogice şi

hipnopompice terifiante. Evenimentele hipnagogice apar în starea dintre veghe și

somn; cele hipnopompice se petrec între somn și trezire. În aceste momente, pacienta are trăiri similare halucinațiilor, în timpul cărora retrăiește unele aspecte ale traumei sexuale. Adesea are senzația că abuzatorul este în încăpere, pe cale să o violeze. Deoarece abuzul original s-a petrecut de obicei noaptea și din cauza lipsei de control corporal asociate cu aceste stări psihice apropiate de somn, evenimentele hipnagogice și hipnopompice sunt extrem de obișnuite și de înfricoșătoare pentru multe supraviețuitoare.

Marianna fusese abuzată sexual de către fratele ei vreme de mai mulți ani în copilărie. Era hărțuită de o trăire hipnagogică recurentă, care a debutat imediat după începerea terapiei. În acea perioadă dintre veghe și somn, simțea prezența fratelui ei lângă pat și îi simțea respirația în ureche. Îngrozită, era incapabilă să se miște sau să țipe; tot ce putea face era să stea nemișcată până când se trezea complet și se asigura că e singură. Deloc surprinzător, pacienta a avut probleme cu somnul toate lunile cât a fost copleșită de această amenințare hipnagogică. Îi era groază să meargă seara la culcare și adesea alunga somnul ca să evite această experiență. Întregul proces reproducea groaza de a merge la culcare din copilărie și vizitele nocturne ale fratelui în patul ei.

La fel de adevărat ca în cazul retrăirilor nesimbolizate ale abuzului și al somatizărilor, este crucial ca terapeutul să normalizeze pentru pacientă aceste evenimente hipnagogice și hipnopompice, plasându-le în contextul opririlor previzibile pe drumul spre reamintirea completă a traumelor copilăriei. Când pacienta este sigură că nu este nebună, devine adesea mai tolerantă față de astfel de incidente,

iar munca de a face asocieri în ședință poate continua până când amintirile sunt recuperate deplin.

În următorul punct pe continuumul amintirii se află visele sau coșmarurile care sunt, de fapt, descrieri exacte ale traumei originale. Din experiența noastră, supraviețuitoarele abuzului sexual din copilărie au frecvent vise care sunt descrieri practic nedeghizate ale abuzului. Spre deosebire de visele foarte simbolizate pe care suntem mai obișnuite să le descifrăm, acestea

zugrăvesc imagini care sunt ceea ce par — vise, cu alte cuvinte, cu o acoperire simbolică redusă.

Nanette, de exemplu, care fusese abuzată de bunicul ei, s-a prezentat la terapie doar cu impresii începătoșate despre abuz. Ea a relatat un vis recurent, în care un bărbat distins, cu părul grizonant, conducea o fetiță pe o scară lungă către un subsol întunecos. Aici bătrânul îi trăgea în jos colanții albi și o penetra digital. Fetița din vis era paralizată; voia să fugă, dar nu-și putea mișca picioarele. Când Nanette și-a amintit în cele din urmă abuzul cu ceva detalii, a realizat că visul era în realitate o descriere foarte precisă a molestărilor bunicului, care se petreceau în subsolul casei lui.

Alte vise-amintire sunt simbolizate doar vag. Casey, de exemplu, avea și ea un vis recurent, în care un bărbat înalt și slab, în echipament de baschet, stătea deasupra patului unei fetițe. Când fetița se trezea și deschidea ochii, bărbatul răsturna un coș cu șerpi alunecoși în patul ei. Fratele lui Casey, vedetă de fotbal, înalt și bine făcut, se strecura noaptea în camera ei și o abuza punându-și penisul între picioarele ei și frecându-se de ea. Visul oferea o cale deghizată minim către amintiri.

Este important ca terapeuții care lucrează cu paciente supraviețuitoare sau suspectate a fi supraviețuitoare ale abuzului sexual să evalueze visele relatate de acestea ca reprezentări potențial precise sau mascate doar vag ale traumelor copilăriei. Aceste vise pot fi utile în indicarea căilor de explorat pentru facilitarea evocării amintirilor în terapie.

Mergând și mai departe pe continuumul amintirii, găsim flashbackuri declanșate de obicei de stimuli interni sau externi, care sunt legați asociativ de abuz. Flashbackurile pot începe sau se pot intensifica după dezvăluirea inițială a abuzului și sunt adesea înspăimântătoare pentru pacientă, căreia îi întrerup intruziv buna funcționare. În timpul unui flashback, pacienta retrăiește brusc un aspect al victimizărilor sale. Are, de obicei, o amintire vizuală vie însoțită de afecte puternice, asociate cu experiența originală. În mod obișnuit, are loc o disociere parțială în timpul flashbackului. Cu toate acestea, pacienta își amintește de obicei conținutul și tonul emoțional al flashbackului după ce acesta s-a încheiat.

Ellen Ann, supraviețuitoarea unui incest tată–fiică, a început să aibă

flashbackuri imediat după ce a dezvăluit secretul abuzului pentru prima oară în terapie. Când făcea dragoste cu soţul ei, dintr-odată vedea chipul tatălui ei în locul celui al soţului. În timpul flashbackului se simţea foarte mică şi retrăia momentul când era violată de tatăl ei. Când flashbackurile treceau, era capabilă să descrie atât conţinutul, cât şi componentele afective ale experienţei. Totuşi, Ellen Ann nu-şi putea aminti comportamentul ei din timpul flashbackului şi nici reacţia soţului ei.

Flashbackurile apar brusc şi aduc cu ele un tumult emoţional intens.

Pacientele asaltate de ele le urăsc şi pot evita situaţiile, precum actul sexual cu partenerul, care ar putea declanşa astfel de întrezăriri dezorganizante ale traumei iniţiale. Este adeseori util ca terapeutul să le aşeze în perspectivă pentru pacientă. Oricât de înfricoşătoare şi de dezorganizante pot fi, şi acestea sunt parte din procesul de separare şi de dobândire a controlului asupra abuzatorului internalizat şi a abuzurilor din trecut. Pe măsură ce pacienta continuă să-şi amintească şi să îşi elaboreze abuzul în cadrul terapiei, frecvenţa flashbackurilor scade. Când apar, sunt trăite din ce în ce mai mult ca fenomene mai mult cognitive şi mai puţin afective. În plus, pacienta începe să simtă că are un oarecare control asupra lor. De exemplu, o pacientă care era în terapie de ceva vreme, a relatat că a avut un flashback într-o noapte când ea şi soţul ei au început să facă dragoste. La momentul respectiv, a fost capabilă să alunge imaginea tatălui ei, spunându-şi insistent că acum era o femeie matură care făcea dragoste cu cineva iubit. Apoi, terapeutul şi pacienta au explorat în şedinţă declanşatorii flashbackului.

La următorul punct pe acest continuum se află gândurile intruzive, obsesive, despre abuz, care hărţuiesc pacienta. Acestea tind să apară după perlaborarea în bună măsură a amintirilor disociate sau somatice sau a flashbackurilor şi nu au aceeaşi încărcătură afectivă ca alte forme de rememorare. Gândurile intruzive, persistente, pot fi conceptualizate ca făcând parte dintr-un proces de dobândire a controlului asupra evenimentelor traumatice din trecut. Deşi reprezintă, cu certitudine, întoarcerea insistentă a relaţiilor perturbatoare cu obiectul, ele îi dau pacientei şi o ocazie de a le elabora şi de a dobândi treptat controlul asupra impactului lor

dezorganizant. Sunt adeseori iritante, dar nu mai sunt cu precădere dezorganizante sau înfricoşătoare.

Katie, de exemplu, care fusese molestată sexual de către unchiul ei, se plângea că gândurile legate de abuz apăreau când era la serviciu şi, odată ce începeau, „nu se putea gândi la nimic altceva ore în şir". Întorcea pe toate părţile abuzul, analiza fiecare aspect al experienţelor cu unchiul ei şi imagina feluri în care lucrurile s-ar fi putut petrece altfel. Aceste gânduri intruzive au apărut după ani de terapie, în care Katie se luptase mai întâi cu amintiri somatice, apoi cu flashbackuri. Procesarea obsesivă a victimizărilor incestuoase era, de fapt, un mod de a se separa de ele, preluând controlul asupra lor. Prin concentrarea obsesivă asupra unei amintiri odată apărute, Katie începea să domine trăirile, în loc să fie dominată de ele. Unde altădată intruziunea unei amintiri o făcea dezorganizată şi haotică, şi poate chiar să lipsească o zi–două de la serviciu, acum îşi impunea propriile procese de gândire asupra amintirilor, pe măsură ce apăreau. După multe luni de astfel de concentrare, amintirile au început să cedeze în frecvenţă şi intensitate. Într-o zi, Katie a realizat cu o oarecare uşurare, că nu se mai gândise la abuz de mai bine de trei săptămâni.

Se poate constata că recuperarea amintirilor traumatice este un proces lung, adeseori complicat, în timpul căruia pacienta se îndreaptă către integrarea în conştiinţă a acestor evenimente. Este un proces marcat de o mare suferinţă şi dezorganizare. La sfârşit, amintirile abuzului sexual, mai clare acum şi, în acelaşi timp, cu o mai mică putere afectivă, îşi iau locul în povestea vieţii pacientei unde, deşi

dureroase, sunt şi cu adevărat trecute. Probabil că Louise Armstrong (1978), supravieţuitoare a unui incest şi autoare, descrie cel mai bine acest lucru când spune: „Deci, nu dispare? Cedează… Nu trebuie să-ţi placă. Nu trebuie decât să trăieşti cu asta. Ca şi cu un animăluţ de companie stricător, pe care îl ai de multă vreme" (p. 260).

CAPITOLUL 6

Testarea realității și problema validării

În terapia cu supraviețuitoarele adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie, problemele referitoare la natura şi adecvarea testării realităţii pacientei capătă o importanţă deosebită, în încercarea de a înţelege tiparele specifice şi idiosincrasice de distorsionare a realităţii şi dificultăţile interpersonale secundare eșecurilor în testarea realității. Credem că imperativul timpuriu ca pacienta să-şi subordoneze propriile percepţii ale realităţii celor ale unui celălalt copleşitor şi intruziv reprezintă unul dintre efectele cel mai perfid dăunătoare ale abuzului din copilărie (Slavin, 1992), şi care provoacă slăbiciunea durabilă şi pe termen lung în structurarea Eului şi în procesele interpersonale. Aceste arii de vulnerabilitate ajung să aibă un impact direct asupra abilităţilor de adaptare ale pacientei, a capacităţii ei de a avea relaţii sănătoase cu obiectul şi a capacităţilor ei autoreflexive. Ele vor avea un rol proeminent şi în spectacolul psihanalitic ce se desfăşoară între pacientă şi terapeut.

Acest capitol încearcă să ofere o clarificare pentru: (1) natura realităţii şi a testării realităţii pentru un copil care a fost abuzat sexual, (2) natura îndoielii patologice care le afectează pe supraviețuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie, (3) compromisurile de integrare care trebuie făcute pentru a menţine nivelul de funcţionare al pacientei şi tiparele specifice de comportament interpersonal şi conştientizare autoreflexivă care rezultă din acest eşec de integrare şi (4) probleme clinice specifice, care apar ca rezultat al acestor deficite ale Eului.

Natura realității

Universul supraviețuitoarei adulte a abuzului sexual din copilărie este o realitate fragmentată, discontinuă şi adesea înfricoşătoare, care subsumează o multitudine de experienţe contradictorii, care eludează frecvent coerenţa şi organizarea logică. Prinsă în curenţii opuşi ai unor perspective partizane, sfâşiată de incapacitatea de a integra trăiri ale realităţii care se exclud reciproc şi condusă de nevoile contradictorii atât de a estompa experienţa reală şi totuşi de a fi hipervigilentă la pericolele permanente ale abuzului repetat, supraviețuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie se simte adesea lipsită

de control şi nebună.

În copilul care creşte, capacitatea în dezvoltare de a percepe cu precizie realitatea izvorăşte parţial din nevoile duale vitale de a obţine gratificare şi de a evita pericolul. În majoritatea cazurilor de copilărie normală, amândouă aceste capacităţi sunt sporite de adecvarea şi rafinarea unor astfel de abilităţi; de un sentiment dezvoltat a tot ceea ce este posibil şi o experienţă construită cu atenţie, a ceea ce trebuie evitat în vederea supravieţuirii. Pentru copilul care creşte într-o casă abuzivă în mod cronic, totuşi, efectele funcţiile Eului în dezvoltare, mai ales cele care mandatează o consolidare şi o integrare a aspectelor negate şi disociate ale abuzului sexual, pot ameninţa perfid un echilibru psihic foarte fragil. Desigur, realitatea, în astfel de cazuri, nu oferă mai nimic în vederea unei gratificări satisfăcătoare, iar pericolul nu poate fi evitat decât printr-o retragere în inhibiţie defensivă sau fantasmă omnipotentă.

Povestea Melissei oferă o ilustrare emoţionantă. Pacienta a intrat într-o psihanaliză la vârsta de 29 de ani, plângându-se de „depresie, stimă de sine scăzută şi o incapacitate de a-şi lua viaţa în serios şi de a simţi că face parte din lumea adultă". Absolvise summa cum laude la o universitate prestigioasă şi continuase studiile pentru obţinerea mai multor diplome. Cu toate acestea, rămăsese incapabilă să-şi facă o carieră generatoare de venit din vreunul dintre multele ei talente. Rămăsese, astfel, într-o situaţie semidependentă faţă de mama ei văduvă, despre care pacienta declara că o infantiliza, o manipula şi o abuza emoţional. În timpul unei consultaţii prelungite, pacienta i-a mărturisit terapeutei că îşi făcea compulsiv crestături pe corp, că rar trecea o zi fără să-şi facă o tăietură adâncă pe undeva pe corp. A povestit şi că era complet inhibată sexual, atât în fapt, cât şi în fantasmă. Pacienta a mai spus spontan că părinţii ei erau foarte activi social în comunitatea lor din New England, credincioşi practicanţi, implicaţi serios în mai multe fundaţii de caritate locale.

Pacienta nu-şi putea aminti să fi fost abuzată sexual pe când era copil (deşi prezentarea cazului sugera limpede acest lucru) şi a declarat că, din contră, ea fusese evident favorita dintre cele două fete. După cum s-a exprimat: „Eram un fel de animăluţ răsfăţat de amândoi părinţii. Mă tem că amândoi se purtau urât cu sora mea. Nu am înţeles niciodată de ce. Era o fată aşa de bună!“ În

acest moment, Melissa nu a putut oferi niciun detaliu despre felul în care se purtau urât cu sora ei, spunând doar „știi, chestiile obișnuite, totdeauna avea câte o problemă, totdeauna era câte ceva ce nu făcea chiar cum trebuia!” Povestea Melissei ieșea la lumină

foarte încet și atunci doar pe un fundal de dezorganizare psihică sporită și impulsuri puternice de a se manifesta în moduri autodistructive.

Povestea care se dezvăluia nu era una atipică. S-a dovedit clar că pacienta nu fusese molestată sexual niciodată, dar vreme de aproximativ cinci ani fusese obligată să asiste la felul cum tatăl lor o viola și o sodomiza pe sora ei mai mare. Se pare că acest lucru se întâmpla regulat, „cel puțin o dată pe săptămână", după spusele pacientei, de obicei în seara în care tatăl ieșea să bea cu prietenii. Iată relatarea a ce se întâmpla în cuvintele pacientei:

„Paturile noastre erau unul lângă altul. Mă așeza cu grijă pe patul meu și-mi spunea: «Acum fii foarte atentă. Uite ce pățesc fetițele care se gândesc la lucruri urâte». Și apoi îi făcea… îi făcea lucrurile acelea (șoptit) groaznice. (…) La vremea aia nici nu știam ce-i face. Acum știu. Ea țipa după ajutor. Probabil că o durea cumplit [*acum plângând*]. Nu venea nimeni niciodată. N-am înțeles niciodată unde era mama și de ce nu venea niciodată. Părea ireal. Mereu mă gândeam, dacă e real ce se întâmplă, de ce nu vine mama. Mi-a spus că, dacă spun vreodată cuiva ce am văzut, o să-mi facă și mie același lucru și că după aceea o să spună că sunt nebună și o să mă ia și o să mă închidă la ospiciu. Mi-a spus să nu vorbesc niciodată despre asta. L-am ascultat, desigur. O vreme".

În cazul acesta, o fetiță este obligată să asiste la lucrurile de neconceput la care era supusă sora ei mai mare. Este blocată într-o poziție pasiv-masochistă față

de tatăl ei, a cărui manifestare în aceste momente este atât de complet diferită de normă, încât copilul își pune la îndoială propriile percepții. Întreaga scenă nu este departe de un coșmar recurent, în care comportamentele fiecărei persoane sunt bizare și înspăimântătoare și uneori nu mai seamănă deloc cu felul în care visătorul le percepe conștient, în stare de veghe, ziua. Mai mult decât atât, orice încercare de a analiza, integra sau da cumva vreun sens acestei experiențe este forclusă de interdicția de a vorbi. Copilul nu are voie

să vorbească vreodată despre ceea ce a văzut. La lumina zilei, ea este cea care va fi considerată nebună, cea care va fi izolată și abandonată.

Avem aici un atac exact asupra capacităților pacientei de a avea încredere în propriile percepții, de a decide ce este real și ce nu, ce vine din interiorul ei și ce vine din exterior, chiar și ce este să dormi și ce este să fii treaz. Nu ar trebui să fie surprinzător că, în trei momente diferite, pacienta a adormit în ședință când se străduia să-și amintească și să vorbească despre câte o amintire deosebit de vie și de copleșitoare din copilărie. Repunerea în scenă regresivă din interiorul cadrului analitic era elocventă: o fetiță care abia își mai putea ține ochii deschiși, luptându-se să rămână trează ca să vadă ceea ce se înfățișa atât de clar sub ochii ei, pe care și-i freca cu pumnii încleștați pentru a înlătura ceața ca să poată vedea mai clar, și totuși abandonându-se în cele din urmă dorinței de a se retrage într-o stare îndepărtată, sigură, ca de vis. Realitatea putea să mai aștepte.

În fiecare dintre aceste momente Melissa se trezea într-o stare deosebit de veselă, aproape hipomaniacală. Era cumva tulburată și jenată de comportamentul

ei, dar nu a manifestat niciun interes să-i exploreze semnificația, decât mai târziu în terapie. De asemenea, nu avea nicio amintire despre ceea ce vorbea la momentul când adormise și spunea că își amintea doar că era foarte intens și posibil perturbator. Deși era surprinsă că nu-și amintea despre ce vorbea la momentul în care adormea, surpriza în sine semăna cu acea „la belle indifférence" de care vorbea Freud la începuturi. Pacienta părea ușor deconcertată, nu profund tulburată de această pierdere de memorie neobișnuită și dramatică. Era limpede că venise dimineața, aducând cu ea o realitate complet diferită și ducând departe toate celelalte lucruri atât de profund tulburătoare și chiar deconcertante; acelea aparțineau nopții. Evident, această discontinuitate trăită nu-i era străină pacientei. În fapt, era sine qua non-ul adaptării ei specifice la realitate.

Abia după câțiva ani în plus de terapie, Melissa a putut să dea semnificație acestor întâmplări. În cele din urmă, și-a amintit cum scăpa de scenele abuzive din dormitorul ei retrăgându-se în somn.

„Nu păreau să existe represalii pentru asta. Era, probabil, o ușurare să dispar

din peisaj. Totuşi, ciudat era când mă trezeam dimineaţa. Era ca şi cum m-aş fi trezit după un vis urât. Totul era exact aşa cum fusese seara, înainte să merg la culcare. Toată lumea era normală; tata, mama… aşa cum erau întotdeauna; dar fără nicio legătură cu felul în care erau noaptea. Mă gândeam că nu se poate ca el să fi făcut astfel de grozăvii; ea n-ar fi permis ca astfel de lucruri să continue. N-ar fi arătat atât de normal acum dacă ar fi continuat. Apoi

ajungeam să cred că inventasem totul. Mă gândeam cât de teribil de rea pot să fiu să inventez astfel de lucruri despre părinţii mei iubitori."

Din punct de vedere clinic, aceasta este o pacientă de 5 ani ale cărei percepţie şi trăire a realităţii sunt deja clivate în două seturi de evenimente psihice care se exclud reciproc, o lume obiectală sfărâmată în bucăţi, exact în momentul în care integrarea obiectelor parţiale disparate este de o importanţă covârşitoare. Aici, binele şi răul nu se întâlnesc. Sunt izolate nu numai pentru a conserva şi proteja reprezentările bune ale sinelui şi de dorinţele invidioase, criminale, distrugătoare ale celor rele — aşa cum se întâmplă cu personalităţile borderline —, ci, chiar mai fundamental, pentru a construi şi crea un sentiment profund de ordine şi sănătate psihică, esenţiale pentru supravieţuire, acolo unde circumstanţele au complotat pentru a face imposibil ca un astfel de refugiu de predictibilitate şi siguranţă să existe. Pentru sine, există doar ameninţarea anihilării sau cea a nebuniei — distrugere dinspre lumea exterioară a celorlalţi sadici şi abuzivi sau dinspre lumea interioară putredă, rea, nebună.

Epilogul trist al acestei povestiri a pacientei nu este, din păcate, deloc atipic. La vârsta de 12 ani, la aproximativ doi ani după încetarea comportamentului abuziv al tatălui, simţindu-se copleşită de propriul ei sentiment de abjecţie şi nebunie, Melissa a pronunţat în cele din urmă cuvintele interzise atât faţă de sora, cât şi faţă de mama ei. Disperată, evident, să obţină confirmarea, Melissa îşi aminteşte:

„Sora mea s-a uitat la mine cu un fel de răceală de gheaţă, cu ochi opaci în

care nu puteam vedea, şi mi-a spus că nu are nici cea mai vagă idee despre ce vorbesc şi a refuzat să mai discute despre asta atunci sau altă dată. Am implorat-o să-mi spună doar o singură dată că îşi amintea aceleaşi lucruri ca

şi mine… dar tot ce mi-a spus a fost că eram nebună, că ea nu-şi amintea nimic de felul acesta. Cu mama a fost încă şi mai rău, dacă se poate aşa ceva. S-a uitat la mine cu aceeaşi privire stranie, dar a devenit agitată şi chiar frenetică, zbierând că ce minte murdară şi dezgustătoare pot avea. A zis totuşi acelaşi lucru, că poate eram nebună. Că întotdeauna fusesem un pic ciudată, chiar şi când eram mică, şi că probabil o luasem razna. Chestia este… cea mai importantă chestie acum este că… cred că aia a fost prima zi… [*şoptit*] prima zi în care m-am crestat… am crestat fiinţa abjectă, nebună şi dezgustătoare care eram".

Melissa a mai făcut o încercare de a dezvălui evenimentele din casa lor. A încercat să i se confeseze unei profesoare de engleză pe care o adora şi, deşi profesoara se dovedise blândă şi sensibilă cu Melissa în orice alte situaţii, în cazul acesta i-a spus, pur şi simplu, că copiii mici îşi imaginează adesea scene înfricoşătoare cu părinţii lor şi că aceste poveşti rar sunt adevărate.

Ar fi imposibil să relatăm aici următorii ani ai terapiei acestei paciente, curajul extraordinar pe care l-a mobilizat pentru a înfrunta ororile trecute ale copilăriei şi distorsionările perfid intruzive ale realităţii care-i fuseseră impuse de împrejurări. Cu toate acestea, un deznodământ neobişnuit pare deosebit de convingător şi

relevant.

Pacienta a rămas în analiză vreme de aproximativ opt ani. La vremea când a încheiat terapia, starea ei se îmbunătăţise considerabil. Îşi dobândise independenţa financiară faţă de mama ei, având un serviciu care îi oferea atât satisfacţii personale, cât şi ocazii de creştere profesională. Deşi, la momentul încheierii, nu era implicată într-o relaţie serioasă de iubire, viaţa ei socială era bogată şi activă şi era capabilă să menţină angajamente serioase, pe termen lung. Recuperase amintiri vii şi explicite ale experienţelor timpurii de abuz şi ajunsese, cu un efort extraordinar, să accepte realitatea acestor experienţe şi consecinţele extrem de perturbatoare care îi fuseseră impuse. Totuşi, în ciuda acestor progrese, avea încă momente de puternice îndoieli de sine şi se întreba cu voce tare dacă era cumva posibil să fi „inventat" mare parte din ceea ce îşi amintise.

La un an după încheierea terapiei, pacienta şi-a contactat terapeuta, din cât se

pare pentru a obține o recomandare pentru sora ei, care acum părea pregătită să înceapă terapia. La acel moment, pacienta a relatat că perioada postterapie fusese dificilă, dar că, una peste alta, credea că se descurcă bine. Terapeuta nu a mai avut veşti de la pacientă vreme de vreo 4 ani, după care a primit următoarea scrisoare:

„S-a întâmplat cel mai extraordinar lucru. Nu atât evenimentul în sine, la care mă puteam aştepta… ci efectul remarcabil pe care l-a avut asupra mea, chiar şi după toţi anii de analiză. Sora mea şi-a amintit abuzul! A luat avionul şi a venit la mine weekendul trecut doar ca să vorbească cu mine. A zis că nu

putea suporta să vorbească despre asta la telefon. Am stat amândouă treze toată noaptea… Presupun că trebuia să se întâmple noaptea. Am vorbit şi am plâns toată noaptea. Unele lucruri ni le-am amintit exact la fel… pe altele uşor diferit… dar toate lucrurile esenţiale erau destul de aproape!

Dar înapoi la efectele de care ziceam. Literalmente, în câteva secunde după ce am înţeles ce avea să-mi spună, am avut cel mai extraordinar şi mai copleşitor sentiment de uşurare. Este foarte greu să găsesc cuvintele potrivite pentru senzaţia, trăirea de eliberare mentală şi fizică, de tensiune care ieşea din corpul meu. Primul impuls a fost să strig în gura mare că sunt sănătoasă la cap. Am plâns atât de mult pentru sinele meu nebun, care murise. Murise atât de repede după toţi acei ani în care fusese atât de dinamic! Sora mea a spus că totul se petrecuse cu adevărat, o altă voce umană în închisoarea din miezul nopţii mele, şi incertitudinea dispăruse. Eram irevocabil sănătoasă la cap!

În ultima vreme m-am gândit mult la alţii. La cei care au fost singuri în visul lor. Am acum în mine un loc la care pot să ajung. E palpabil… un loc de o tristeţe inefabilă pentru fetiţa care am fost odată şi pentru toţi cei care nu pot scăpa niciodată de îndoielile interminabile, înnebunitoare. Ce este real? Ce a fost vis? Cum ai putea să ştii cine eşti dacă nu poţi întâi să afli unde ai fost?"

Îndoiala cronică și validarea terapeutică

Am relatat experienţa Melissei mai detaliat, pentru că probabil abia atunci

când nesfârşita ei îndoială se spulberă putem să înţelegem, alături de

pacientă, capcana înnebunitoare pe care o poate genera o astfel de lipsă de contact cu propriile experienţe fundamentale. Supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie încep terapia cu grade extrem de diferite de încredere în propriile amintiri din copilărie. Multe paciente încep cu amintiri vii ale abuzului suferit în copilărie, însoţite de un grad mare de încredere în fidelitatea acestor amintiri. Altele încep totuşi fără nicio amintire sau doar cu sentimentul vag că ceva nu a fost în regulă, în paralel cu o poveste şi un tablou simptomatic ce trezeşte suspiciunea de abuz sexual în copilărie. Atunci când la început nu există deloc astfel de amintiri sau sunt doar vagi — şi ies la lumină într-o formă clară pentru prima dată în terapie — încrederea pacientei în fidelitatea unor astfel de amintiri este supusă celei mai intense îndoieli. Este de aşteptat. Totuşi, un lucru extrem de interesant este că, chiar şi atunci când pacientele încep terapia cu amintiri vii ale incestului, procesul terapeutic este aproape inevitabil bântuit de un sentiment de îndoială cronică şi de chestionare a acurateţei acestor amintiri. Îndoielile cronice despre ce s-a întâmplat şi ce nu, împreună cu o incapacitate persistentă de a avea încredere în propriile percepţii ale realităţii, reprezintă, probabil, cele mai durabile şi, în esenţă, mai dăunătoare consecinţe pe termen lung ale abuzului sexual din copilărie. Astfel de îndoieli fac să fie extrem de dificil pentru pacientă să ajungă la punctul în care poate începe să-şi creadă povestea vieţii. Ar fi greu să exagerăm durerea simţită de supravieţuitoarea unui incest în lupta sa pentru a-şi recâştiga încrederea în integritatea funcţionării propriei minţi sau presiunea intensă pe care o astfel de îndoială o

induce asupra analistului, de a confirma sau infirma întrebările pacientei legate de realitatea abuzului ei.

Este ironic faptul că întreaga problemă a abuzului sexual din copilărie este adusă în prim-plan într-un moment al evoluţiei teoretice a gândirii psihanalitice în care se chestionează serios posibilitatea stabilirii adevărului istoric într-un astfel de cadru terapeutic. Cu siguranţă, tendinţa actuală în psihanaliză este către recunoaşterea adevărului narativ în cadrul unui model constructivist social (Hoffman, 1991). Un astfel de adevăr izvorăşte din interacţiunea constantă şi dialogul reciproc interpretativ dintre pacient şi terapeut, cu un sentiment al istoriei şi realităţii venit *nu* din vreun acces special la trecut, ci din experienţa interpersonală, aşa cum se dezvăluie în întâlnirea terapeutică. O astfel de preferinţă teoretică ridică probleme speciale

clinicianului care lucrează cu supraviețuitoare ale incestului, la care echilibrul dintre amintire și fantasmă în stabilirea istoriei personale devine atât de important (Slavin, 1992). Este oare reconciliabilă o asemenea dihotomie teoretică și clinică în activitatea clinică reală?

Majoritatea clinicienilor care lucrează în mod obișnuit cu supraviețuitoare ale abuzului sexual din copilărie sunt foarte familiarizați cu nevoile pacientelor de validare și confirmare ale amintirilor legate de abuzul timpuriu. Mai ales în cazul incestului, în care participarea inconștientă a părintelui nonabuziv este atât de des parte a tabloului clinic, disponibilitatea fățișă și sinceră a terapeutului de a crede relatările pacientei sunt adesea cruciale pentru perlaborarea materialului traumatic. Într-adevăr, majoritatea lucrărilor pe această temă sunt lipsite de echivoc în ce

privește necesitatea ca terapeutul să dea substanță convingerilor pacientei, altfel riscă o repunere în scenă a neglijenței sau negării parentale care a însoțit abuzul original. Când pacienta își oferă cu încredere cele mai vechi amintiri, terapeutul trebuie să fie gata să creadă în adevărul lor fundamental.

Totuși, propria noastră experiență arată că perlaborarea problemelor cronice de testare a realității, în general, și a neîncetatelor îndoieli ale pacientei cu privire la amintirile incestuoase, în particular, este rar la fel de simplă cum ar indica-o această formulare. Simpla exprimare a sprijinului terapeutic, de fapt, nu contribuie mult la imprimarea unei schimbări permanente în aceste arii ale disfuncționalității Eului și, deși este adesea necesar, rar este și suficient pentru a pune capăt îndoielii necontenite. Pacienta care este convinsă de realitatea abuzului ei și terapeutul care se îndoiește sau neagă reprezintă doar una dintre formele de repunere în scenă care pot apărea în jurul acestei chestiuni. Într-adevăr, sunt cel puțin la fel de multe situații în care terapeutul este cel care ajunge la convingerea neclintită că pacienta a fost abuzată sexual în copilărie și pacienta este cea care rămâne în dubiu sau neagă cu convingere. În acest caz, terapeutul trece linia veșnic controversată dintre zelul terapeutic și sugestia întărită transferențial. Repunerea în scenă în transfer–contratransfer nu se poate petrece decât într-un fel sau altul: pacienta fie „acceptă“ prematur percepția realității terapeutului ca fiind a ei și începe să construiască „amintiri” incestuoase dintr-o nevoie transferențială de a-și mulțumi terapeutul, fie, în cazul mai frecvent, începe să nu se mai simtă în

largul ei în explorarea propriilor imagini şi amintiri legate de traumă, deoarece certitudinea terapeutului cu privire la

semnificaţia lor anulează propria ei elaborare psihică a acestor gânduri. În acest caz, terapeutul merge periculos de aproape de părintele care şi-a supraimprimat viziunea lui despre realitate pe cea a copilului, în timpul abuzului original. În fiecare dintre aceste scenarii ceva este introdus cu forţa în experienţa copilului. În primul scenariu, pacienta se supune construcţiei „adevărului" făcute de terapeut; în al doilea, se opune, împiedicând formulările terapeutului, oricât de adevărate, să-i străpungă apărările. Ambele variante distorsionează serios capacitatea pacientei de a-şi înţelege propria realitate.

Cel mai adesea, rolurile de „credincios“ şi „necredincios” se deplasează înainte şi înapoi între pacientă şi terapeut în toate formele de repunere în scenă în transfer–contratransfer. Pe măsură ce terapeutul devine tot mai convins de realitatea abuzului traumatic timpuriu al pacientei, nu este ceva neobişnuit ca pacienta să înceapă să exprime mai multe întrebări şi îndoieli: „Ar fi posibil ca totul să fie inventat, o creaţie a fanteziei?“ Selma Kramer (1983) a fost unul dintre primii clinicieni care a descris acest proces de deplasare a încrederii şi neîncrederii. Kramer a numit acest proces „îndoială coercitivă a obiectului”, dar considera că este prezentă numai în cazurile de incest matern, survenit înaintea încheierii procesului de separare–individuare. În acest caz, deplasarea îndoielii între pacientă şi terapeut a fost privită ca un eşec al funcţiilor limitelor dintre mamă şi copil, repus în scenă în transfer. O astfel de punere în scenă a acestui proces se poate petrece în jurul întrebării dacă incestul s-a întâmplat sau nu, dar poate fi disputată în legătură cu orice alte două viziuni incompatibile asupra unei situaţii bazate pe realitate. Kramer

relatează cazul unei paciente care se contrazicea vehement cu terapeutul asupra faptului dacă purta sau nu o broşă la reverul taiorului.

Deşi suntem de acord cu descrierea clinică a lui Kramer, experienţa noastră arată că acest proces apare în majoritatea cazurilor de incest parental, indiferent dacă făptaşul a fost mama sau tatăl. O privim ca pe o repunere în scenă prin intermediul identificării proiective în transfer–contratransfer a disocierii, intruziunii şi distorsionării graniţelor suferite de supravieţuitoarea

adultă. S-ar părea că terapeutul, ferm convins de abuzul din trecut al pacientei, devine un obiect de invidie pentru supraviețuitoarea sfâșiată de nesfârşite îndoieli, ducând la o activare în transfer a introiectului sadic al pacientei. În această răsturnare de situaţie, pacienta, în identificare cu părintele abuziv, declanşează un atac perfid asupra funcţiilor de testare a realităţii ale terapeutului. De asemenea, se poate vedea că acest sentiment de confuzie şi irealitate poate fi amplificat şi mai mult de prezenţa unor reziduuri traumatice necodificate verbal, care sunt simultan simţite ca fiind acolo şi sunt încă nenumite şi nerecunoscute.

Atunci, cum ar trebui să procedeze terapeuţii cu îndoiala şi incertitudinea pacientei, atât ca rezistenţă în înţelegerea propriei experienţe, cât şi ca trăire contratransferenţială, care tinde să deruteze şi să deturneze controlul terapeutului asupra a ceea ce se petrece în situaţia clinică? Dacă rămânem fideli credinţei că istoria se repetă în mod fundamental în spectacolul de transfer–contratransfer, ne putem îndrepta către repunerile în scenă relaţionale care îşi fac apariţia în situaţia terapeutică, pentru a lumina această rută adeseori circulară. Într-adevăr, într-un astfel

de model, îndoielile perfect autentice ale pacientei şi terapeutului cu privire la acurateţea istorică a imaginilor incestuoase, mai ales acele îndoieli care zboară încolo şi încoace între cei doi participanţi la procesul analitic, vor servi mai degrabă la întărirea decât la subminarea adevărului din spatele acestor suspiciuni. Aceasta, pentru că un astfel de joc de tenis cu încrederea şi neîncrederea în acurateţea capacităţii de percepţie chiar reflectă o punere în scenă a invaziei corpului şi minţii asociate cu abuzul sexual din copilărie.

Aşadar, toate chestiunile legate de părerile contradictorii ale pacientei şi terapeutului cu privire la realitate, mai ales cele apărute în cursul terapiei, ar trebui tratate cu atenţie. Pe măsură ce acestea sunt abordate direct între pacientă şi terapeut, vor apărea anumite schimbări. În primul rând, în timp ce pacienta şi terapeutul explorează împreună versiunile lor de interacţiune terapeutică, diferenţele de percepţie vor fi inevitabile. Când acestea sunt explorate, negociate şi se ajunge la compromisuri, indirect sunt solicitate abilităţile pacientei de testare a realităţii. Vor exista puncte de acord, puncte de dezacord constant şi compromisuri care nu vor fi deplin satisfăcătoare pentru niciunul. Esenţial nu este conţinutul particular al disputei, ci felul în

care pacienta şi terapeutul, împreună, creează un mediu în care dezacordul, compromisul şi ambiguitatea pot coexista. Dacă acordul, dezacordul şi compromisul sunt atinse fără pierderea integrităţii niciuneia dintre părţi, procesul de negociere în sine va precipita o reparaţie a realităţii grav afectate şi a funcţiilor graniţelor. A abandona o idee fără a se pierde pe sine; a-şi menţine părerea fără a ignora complet experienţa celuilalt; a rămâne fidel propriilor credinţe,

indiscutabil fără a dezlănţui agresivitatea şi devalorizarea necesare, toate acestea sunt lărgile căi interpersonale ale acestui tip de reparaţie a Eului.

În al doilea rând, procesul terapeutic ar trebui să sublinieze moduri în care abuzul traumatic timpuriu afectează permanent simţul realităţii copilului chiar în zone care nu sunt direct legate de incestul în sine. Natura nesimbolizată a amintirii traumatice, disocierea care păstrează astfel de amintiri neintegrate cu nicio altă amintire, faptul că făptuitorii şi victimele abuzului incestuos vorbesc rar, dacă nu niciodată, despre abuzul incestuos, faptul că majoritatea abuzurilor sexuale se petrec noaptea, când copilul este deja într-o stare de somnolenţă, toate acestea contribuie la dezorganizarea psihică ce însoţeşte reapariţia acestor amintiri. Cum semnificaţia istorică a acestei confuzii se împleteşte cu negocierea zilnică a problemelor realităţii în cadrul terapeutic nemijlocit, terapeutul ar trebui să înceapă să vadă schimbări serioase în dorinţa pacientei de a evalua acurateţea şi importanţa repunerilor în scenă pe măsură ce apar în terapie şi să simtă o diminuare semnificativă a sentimentului acesteia de confuzie şi dezorientare cu privire la amintirea traumatică.

Nu putem sublinia îndeajuns că, în cele din urmă, pacienta este cea care trebuie să ajungă să cunoască şi să creadă în realitatea propriei ei experienţe incestuoase. Concret, pacienta este cea care alege cuvintele cu care să dea glas propriilor stări interioare şi care etichetează astfel conexiunea dintre aceste stări şi evenimentele cu semnificaţie istorică din viaţa ei. Când construcţiile şi cuvintele terapeutului conduc călătoria terapeutică, dificultăţile pacientei cu realitatea şi problema

limitelor nu sunt niciodată abordate, şi terapia în sine devine o repunere în scenă a încă unei forme de control invaziv din partea unei persoane puternice şi de care are nevoie. În majoritatea cazurilor, dificultăţile specifice cu

testarea realității pe care le manifestă supraviețuitoarele adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie nu sunt legate de acuratețea amintirilor abuzului sexual per se, ci ele sunt subordonate invaziei psihice constante, implicite într-un astfel de abuz.

Compromisuri în testarea realității

La examinarea compromisurilor complexe în testarea realității ce decurg din abuzul sexual cronic din copilărie, putem privi exact la natura dual a organizării Eului subliniată în secţiunea precedentă. Pentru pacienta adultă care vine la terapie, efectele abuzului cronic asupra abilităților de testare a realității sunt împletite în mod subtil în tipare caracterologice și nuanțe specifice în relaționarea interpersonală, cum ar fi: (1) capacitatea de a tolera simultan experiențe și interpretări extrem de diferite ale unor evenimente specifice; (2) tendința de a-și organiza înțelegerea realității în jurul nevoilor percepute ale obiectelor importante și (3) tendința de a vedea adevărul și semnificația confuz, ca pe ceva dispensabil, nesigur și, în cele din urmă, imposibil de știut.

Există trei arii specifice ale deficitului Eului mediat de dezvoltare, care contribuie la stânjenirea orientării în realitate a supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie. Prima presupune capacitatea persoanei de a abandona lumea

fantasmelor infantile și a omnipotenței magice și de a aborda frustrările și anxietățile realiste care apar inevitabil, fără a face apel la reactivarea regresivă a acestei stări infantile. A doua zădărnicește capacitatea Eului de a conține experiențe contradictorii ale sinelui și ale celuilalt, de a merge dincolo de mecanismele de proiecție și de identificare proiectivă, de a depăși în final, rigidizarea relațiilor cu obiectul la un nivel de obiect parțial. A treia implică perturbarea completă a funcționării Eului, provocată de flashbackurile recurente ale evenimentelor traumatice din viața persoanei. Aceste flashbackuri reprezintă o reactivare a unor amintiri din trecut, care aduc cu ele o pierdere a orientării în timp, spațiu și la propria persoană.

Gândirea magică şi controlul omnipotent

Din punctul de vedere al dezvoltării, capacitatea de a înțelege corect realitatea

şi de a se implica în experienţe de relaţionare intersubiectivă reciprocă (Benjamin, 1990) presupune necesitatea renunţării la gândirea magică şi la controlul omnipotent (Ogden, 1986; Winnicott, 1951). Fără să trecem în revistă toate lucrările despre dezvoltare, se poate afirma cu certitudine că, pentru a face aceşti paşi, copilul trebuie să ajungă să creadă în bunătatea fundamentală a lumii exterioare. O astfel de noţiune include ordinea şi predictibilitatea „încrederii fundamentale“ a lui Erikson (1963), acordajul fin, rafinat, al „mamei suficient de bune” a lui Winnicott (1960), internalizarea presimbolică a „obiectelor transformatoare“ ale lui Bollas (1987), conceptele de „internalizări transmutative” ale lui Kohut (1971), ideile lui Bion (1962) despre „conţinere" şi multe altele pe care le-am putea menţiona. În

ciuda părerilor divergente din punct de vedere teoretic, atunci când sunt luate în ansamblu, aceste lucrări ţes în fundal un model complicat de condiţii prealabile de dezvoltare pentru structurarea adecvată a Eului. „Părintele suficient de bun", ca să împrumutăm noţiunea lui Winnicott, trebuie să hrănească, să organizeze, să răspundă empatic, să reziste atacului şi, în sfârşit, să nu riposteze.

Cât de diferită este experienţa copilului abuzat sexual! În acest caz, lumea este periculoasă şi invazivă, nu există ordine şi predictibilitate, oamenii sunt fie trădători, fie abuzatori. Sentimentele de eficacitate şi competenţă, aflate în plină dezvoltare, sunt demolate de experienţele repetate de neajutorare traumatică. Într-o perioadă în care gândirea magică, idealizarea defensivă şi controlul omnipotent al altora ar trebui să lase locul unor experienţe mai realiste de succes şi eşec, această neajutorare extremă loveşte într-o manieră devastatoare. Lumea apare ca nesigură, persoanele importante trădează sau nu reuşesc să protejeze, iar sinele este perceput ca iremediabil incompetent şi lipsit de valoare.

Numai într-o lume a fantasmei, este posibilă descotorosirea de astfel de reprezentări rele sinelui şi obiectului, iar pretinşilor salvatori li se pot atribui puteri magice. Este o lume creată ca ascunzătoare temporară pentru fetiţa abuzată şi neajutorată, ale cărei alternative de adaptare bazate pe realitate nu au reuşit să-i ofere protecţie. Aceasta este lumea salvării, pedepsei şi controlului, în care ea învaţă să se refugieze în timpul episoadelor de abuz, deşi, din păcate, tot această lume este cea care, în cele din urmă, ajunge să o

ţină captivă. Extrem de vulnerabilă la experienţe de inadecvare personală (căci acestea reprezintă scuza raţionalizată

pentru comportamentul parental abuziv), lumea dorinţelor împlinite magic devine o alternativă mult prea tentantă în orice moment de frustrare sau dificultate personală. Astfel, dezvoltarea în copilărie a abilităţilor de autoliniştire este limitată considerabil; rezilienţa narcisică, bazată pe experienţe reuşite de străduinţă şi competenţă, este întreruptă prematur pentru a evita, din teamă, o infuzie de reprezentări toxice ale sinelui. Fantasma rămâne o alternativă uşor accesibilă şi ultrafolosită, iar graniţa dintre fantasmă şi realitate devine potenţial problematică. Aceasta este lumea în care intră terapeutul atunci când începe să lucreze cu o supravieţuitoare a unui abuz traumatic. Este o lume populată de obiecte complet pustiite şi cu puteri magice, care pătrund în spaţiul transferenţial–contratransferenţial al muncii analitice. Lumea astfel construită dintre pacientă şi terapeut îi înfăţişează acestuia în cele din urmă, universul intern în care supravieţuitoarea adultă a stat ascunsă.

Cu siguranţă, exact circumstanţele abuzului vor părea să se atenueze în faţa adaptării şi, prin extensie, a integrării realiste. Deşi mulţi teoreticieni s-au luptat cu problema gândirii iluzorii, întrebându-se care anume gratificare a nevoii de dezvoltare maximizează tranziţia de la un mod de relaţionare mai primitiv la un nivel superior, cu toţii par să fie de acord că, cel puţin parţial, acumularea lentă de experienţe pozitive, hrănitoare, empatice, relaţionale, pregăteşte Sinele să facă faţă conţinerii, potenţial perturbatoare, a reprezentărilor negative ale sinelui şi ale obiectului (Kernberg, 1976; Klein, 1952; Ogden, 1986). Acolo unde predomină abuzul — şi abilităţile de adaptare sunt restricţionate atât de dramatic —, acolo unde

fantasma omnipotentă şi gândirea magică reprezintă alternativa cea mai tentantă la frustrare şi efort, acest context sigur, protector, pentru fantasma agresivă nu este niciodată internalizat. Nu există mediu sigur de conţinere pentru a cuprinde şi a contrazice proiecţiile furioase ale unui copil dezlănţuit. S-ar părea, de fapt, că evoluţia de dezvoltare naturală spre integrare este inversată. În loc să favorizeze un pas înainte către un univers de experienţe legate cu obiectul mai sănătoase şi mai satisfăcătoare, integrarea ameninţă să inunde întreaga structură cu reprezentări toxice şi răuvoitoare ale sinelui şi

celuilalt. Integrarea reprezentărilor arhaice ale sinelui şi ale obiectului se petrece rar, aşadar, la cele al căror trecut este marcat de episoade de abuz grav în copilărie. Organizarea psihică este menţinută prin intermediul unui echilibru fragil de apărări primitive: clivajul, proiecţia, identificarea proiectivă, idealizarea şi devalorizarea. Experienţa subiectivă este fundamental una paranoidă, în care atât trăirile de durere, cât şi cele de pericol sunt atribuite unor centre de origine externă. Acest eşec al integrării, împreună cu infuzia generalizată a fantasmei şi gândirii magice descrise, creează un teren fertil pentru experienţe ce amintesc de psihoză, în special manifestări transferenţiale, nu diferite de cele ale pacientelor diagnosticate în mod mai tradiţional ca suferind de tulburări de personalitate borderline. (Vezi Capitolul 3 pentru discutarea acestui diagnostic.)

Regresia Eului la pacienta adultă

Testarea realităţii supravieţuitoarei adulte este compromisă şi mai mult de faptul că este supusă la „flashbackuri" recurente, repuneri în scenă regresive ale

experienţelor de abuz din copilărie, care copleşesc şi împovărează complet Eul. În astfel de momente, pacienta îşi pierde complet simţul de orientare în timp, spaţiu şi faţă de propria persoană. Ea este copilul. Amintirile sunt o realitate curentă, iar terapeutul nu mai este o figură protectoare, ci se retrage în fundal, observator pasiv al experienţelor din copilărie ale pacientei. În acest caz, testarea realităţii este în culmea eşecului, şi terapeuţii care nu sunt familiarizaţi cu acest tip de paciente sunt adesea uluiţi de rapiditatea şi profunzimea unor astfel de regresii spontane. Deşi astfel de episoade sunt menţionate în lucrările de specialitate drept „cathartice", ele reprezintă, în lipsa anumitor parametri terapeutici, o retrăire a evenimentelor traumatogene şi o reactivare în terapie a acestor forme timpurii de neajutorare, teroare şi suprastimulare patogenă.

În experienţa noastră s-a întâmplat, chiar şi în timpul unor perioade de regresie şi dezorganizare masivă a Eului, ca prezenţa şi funcţia observatoare a unui aspect mai integrat al personalităţii să facă parte din experienţa multor supravieţuitoare adulte. O astfel de prezenţă face distincţia între acest tip de flashback traumatic şi alte tipuri de reacţii psihotice scurte. Această „cealaltă" observatoare este descrisă de paciente ca fiind paralizată şi incapabilă de

acţiune. Cu toate acestea, ea este o observatoare a scenariului regresiv şi poate descrie ulterior cu amănunte uluitoare şi claritate emoţională ceea ce s-a petrecut în timpul episodului. Foarte interesant, deşi funcţia ei de testare a realităţii pare să rămână intactă, aceasta are puţină influenţă sau niciuna asupra procesului următor de dezorganizare şi regresie.

Jane avea 29 de ani, era singură şi era directoare într-o mare bancă comercială. Viaţa ei profesională nu fusese afectată de istoricul ei timpuriu şi avea mare succes la serviciu. Totuşi, în plan personal, fusese incapabilă să menţină o relaţie sexuală de lungă durată. La începerea terapiei, pacienta nu avea amintiri că ar fi fost abuzată sexual de mama ei. După doi ani de analiză — chiar înainte de vacanţa de două săptămâni a analistei —, aceste amintiri au început să răzbată într-o serie de flashbackuri înfiorătoare. Între paranteze fie spus, întoarcerea amintirilor chiar înainte de plecarea în vacanţă a terapeutei nu este ceva neobişnuit. Plecarea terapeutei poate ajunge să simbolizeze abandonarea de către părintele pasiv, neprotector, şi să dea astfel naştere unui sentiment prevestitor de pericol — adeseori unor flashbackuri clare, precum cele ale lui Jane. Întreaga experienţă a abuzului este adusă astfel în terapie prin intermediul transferului.

În cazul lui Jane, această vacanţă anume a provocat o adevărată criză psihică. Atunci când a plecat din cabinet, a asigurat-o pe analistă că o să se descurce. A mers direct la supermarket, unde şi-a cumpărat o cantitate apreciabilă de mâncare, s-a dus direct acasă, a închis uşa apartamentului în urma ei, a sunat la birou şi le-a spus că va lipsi, „având concediu medical două săptămâni — indicaţiile doctorului". Abia mai târziu a fost capabilă să-i descrie analistei experienţa:

„Ştiam că o luasem razna. Am stat în pat, la propriu, următoarele două săptămâni întregi… copleşită total de scenele acelea îngrozitoare. Presupun că acum ar trebui să le numesc amintiri, asta erau… dar atunci nu aveam

habar. O vedeam pe mama şi pe fetiţa asta — semăna cu mine… şi mama făcea toate chestiile alea oribile. [*Tăcere lungă; lacrimi*] Şi apoi mi-am amintit. M-am băgat sub pătură şi aproape că n-am ieşit deloc de acolo. Ştiam doar că trebuie să rămân în viaţă până te întorci, că atunci totul va fi bine. Niciodată n-am luat-o razna mai tare ca atunci.

Ce a fost ciudat este că o parte din mine știa cât de nebună eram și îmi tot spuneam că o să fie bine. Dacă știam că o luasem razna, atunci nu-mi pierdusem mințile complet. Era ca și cum o parte sănătoasă, o parte mai în vârstă, poate, supraveghea, doar cât să se asigure că lucrurile nu merg prea departe. Totuși, n-am putut să mă dau jos din pat".

Descrierea lui Jane de a fi fost martora propriei ei decompensări psihotice răsună iar și iar, ca un ecou, în discursurile supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie și creează, așa cum vom vedea, o configurație terapeutică diferită de alte astfel de experiențe de comportament regresiv.

O astfel de experiență dihotomică a sinelui bazată, așa cum am descris aici, pe un dualism defensiv al organizării Eului, îi provoacă pacientei o confuzie copleșitoare și o tensiune intrapsihică. Disocierea experiențelor de abuz — și odată cu ele a nivelurilor mai primitive de funcționare a Eului, făcând astfel reciproc impermeabile cele două stări — menține și veghează la sănătatea psihică a majorității supraviețuitoarelor adulte. Deși funcționarea Eului *personei* adulte nu este în niciun caz neafectată, întregul rezervor de gânduri primitive, persecutorii, care aparțin

copilei abuzate și amenință să se infiltreze și să acopere totul, poate fi, cel puțin, izolat și conținut.

Consecințele deficitului capacității de testare a realității

Ce moștenire anume se transmite în acest caz adultei care a suferit abuzuri grave în copilărie? Deși, în marea majoritate a cazurilor, aceasta are un Eu observator intact, capabil să evalueze realitatea cu destul calm, mai ales în situații neutre, supraviețuitoarea adultă, predispusă deja la disociere ca apărare majoră, poate alege să ignore, să eludeze sau să separe aspecte neplăcute sau contradictorii ale experienței. Realitatea ei tinde să se concentreze în jurul fiecărei relații individuale cu obiectul, cum ar fi să mulțumească și să fie acceptată de cei din jur. Prin urmare, este un soi de cameleon, preluând trăsăturile de personalitate importante pentru persoanele importante din viața ei. În interiorul ei se află fetița hipervigilentă, veșnic prudentă, mereu de veghe, luptându-se în zadar să evite următoarea experiență de abuz, să caute aliați care să o protejeze de familia ei abuzatoare. În încercarea de a-și crea refugii sigure, a devenit expertă în citirea și

interpretarea nuanţelor comportamentului celorlalţi; a devenit, în consecinţă, acordată patologic la nevoile adulţilor din jurul ei.

Pacienta adultă se îndreaptă, instinctiv şi inconştient, către alianţe cu aceste obiecte „bune“ şi „rele”, cu orice preţ. Realitatea ei nu este definită de experienţa personală, ci exclusiv de nevoile persoanelor importante pentru ea. Din nefericire, ea va spune, va fi sau va face orice pentru a-şi asigura iubirea celuilalt şi a se apăra

de abuzatorul potenţial din interiorul său, fiind în contact arareori, dacă se întâmplă vreodată, cu propriile ei nevoi în situaţia respectivă sau fără să ţină cont de consecinţele pe termen lung ale acţiunilor ei. Rezultatul este că se revictimizează, subordonând nevoilor celuilalt realitatea propriilor ei nevoi. Din frica de a fi abuzată sau abandonată de cineva care nu este fericit cu ea, ea asigură încă un mod diferit de supunere masochistă şi abuz. Pentru a se simţi în siguranţă, supravieţuitoarea adultă trebuie să spună ceea ce celălalt vrea să audă. Adevărul este perceput în mod necesar dispensabil şi disocierea permite ca frânturi disparate de realitate să existe în stări alternative ale conştiinţei.

Atât de deplin îşi poate modela supravieţuitoarea adultă experienţa şi percepţia ca să fie conforme şi complementare cu cele ale persoanei semnificative, încât ar fi corect să spunem că ea, de fapt, nu percepe realitatea. Mai degrabă o construieşte de la zero în limitele şi necesităţile stabilite de fiecare relaţie individuală. Din acest motiv, discrepanţele subtile din realităţile unice ale fiecărei diade generează potenţialul pentru contradicţie. Ceea ce este adevărat într-o relaţie poate fi trăit destul de diferit în contextul alteia. Aspecte ale sinelui, caracterului, abilităţilor fizice specifice sau aptitudinilor pot fi amplificate sau diminuate în funcţie de nevoile percepute ale unui celălalt extrem de important. Această trăsătură devine deosebit de semnificativă în cadrul terapeutic, unde supravieţuitoarele adulte pot deveni acordate într-un mod aproape straniu la nevoile conştiente şi inconştiente ale terapeutului.

Chestiunea onestităţii, integrităţii şi sincerităţii devine importantă în acest

caz. Din cauza capacităţii lor neobişnuite de a folosi disocierea pentru a ignora, eluda sau elimina aspecte neplăcute sau contradictorii ale experienţei,

supraviețuitoarele adulte sunt adeseori „prinse“ cu minciuni sau alte forme de amăgire, și diagnosticate ca manifestând trăsături psihopate. Lumea „reală” externă a validării consensuale se dovedește atât de fundamental instabilă și în veșnică schimbare, încât devotamentul față de persoanele importante cântărește adesea mai mult decât orice principii mai importante și de ordin mai înalt ale adevărului și moralității. Deși lucrurile nu stau așa cu toate supraviețuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie, acest tipar se află la baza unor grave diagnosticări eronate și apare suficient de frecvent cât să merite menționat.

Coeziunea sinelui este crucială la momentul contactului interpersonal, și adeseori această coeziune este plătită cu prețul integrității personale. A mulţumi obiectul și a se asigura de bunăvoința și protecția constantă a acestuia sunt de o importanță vitală. Deși nu intenționăm să ignorăm fantasmele sadice ale pacientei cu privire la obiect sau modurile în care „distorsionarea" o ajută pe pacientă să obțină controlul omnipotent al obiectului (într-adevăr credem că atingerea acestui nivel al discursului este crucială pentru o terapie reușită), astfel de interpretări sunt făcute adeseori prea devreme. Nevoia pacientei de a-și asigura, cu orice preț, bunăvoința protectoare a celuilalt, este adesea mai la îndemână.

Este posibil să observăm, astfel, la multe supraviețuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie, ceea ce ar părea să fie forme de minciună patologică ce coexistă pe același plan cu trăsături de caracter scrupulos de oneste. Nu falsa

reprezentare conștientă reprezintă factorul constrângător, ci disponibilitatea pacientei de a negocia și de a cocheta cu realitatea, ca și cum astfel de compromisuri ar fi negociabile. Din perspectiva psihologiei Eului, este o regresie defensivă a capacității de testare a realității și a simțului realității în general; din perspectiva relațiilor cu obiectul, este o mezalianță patologică cu obiecte care sunt, amenință să devină, sau pe care sunt proiectate motivația sadică și intenția abuzului.

Implicații terapeutice

Astfel de distorsionări în capacitatea Eului de testare a realității trebuie avute în vedere constant în lucrul psihanalitic cu supraviețuitoare adulte, deoarece

procesul psihanalitic se bazează în foarte mare măsură pe capacitatea pacientului de a distinge realitatea de fantasmă, stimulii interni de cei externi, gândirea de acţiune şi, în sfârşit, trecutul de prezent. Cu certitudine, folosirea divanului pentru a favoriza regresia şi fantasma, neutralitatea clasică şi lipsa relativă de reactivitate a poziţiei analistului, chiar şi „regula fundamentală", sarcina de a asocia liber şi de a spune tot ce vine în minte, toate acestea capătă noi dimensiuni discutabile în terapia despre care vorbim aici. Într-adevăr, ne-am putea întreba: De ce să alegem o metodă terapeutică ce este în sine orchestrată tehnic pentru a facilita fantasma şi regresia, mai ales cu un tip de paciente atât de vulnerabile în această privinţă?

Răspunsul, din fericire, este limpede. Nicio altă metodă terapeutică nu va permite o investigare atât de amănunţită a detaliilor experienţei de abuz, a adaptării intrapsihice pe termen lung şi a puternicelor consecinţe interpersonale, aşa cum face

psihanaliza. Cu toate acestea, lucrul cu orice supravieţuitoare a unei traume cronice reale ne va obliga la reconsiderarea mai multora dintre ipotezele–cheie care ne structurează şi ne organizează abordarea analitică. Ne vom concentra aici mai ales pe acelea care par să aibă un impact mai puternic asupra tensiunii dialectice constante dintre realitate şi fantasmă. Vom explora modurile în care cadrul terapeutic trebuie adaptat nevoilor specifice segmentului nostru de paciente.

Am încercat într-o oarecare măsură să demonstrăm cum supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie abordează terapia cu o percepţie deficitară a realităţii şi implicit o capacitate diminuată de a avea încredere în propriile interpretări ale experienţei. Reticenţa ei de a interpreta evenimentele este adeseori mai mare decât ne-am aştepta să rezulte din deficienţele specifice ale Eului pe care le-am menţionat. Cu toate acestea, când sunt luate împreună, aceste două dificultăţi o plasează pe pacienta care intră în analiză într-o poziţie foarte vulnerabilă şi îl confruntă pe terapeut cu mai multe dileme frapante şi paradoxale.

Mai presus de orice altceva, victimele abuzului din copilărie trebuie să înceapă să înţeleagă tipul de dificultăţi interpersonale care se repetă cu regularitate în vieţile lor, aşa încât să înceapă din nou să aibă încredere în percepţiile lor şi în interpretările pe care le dau interacţiunilor emoţionale cu

alţii. Până când nu ajung să creadă şi, în consecinţă, să îşi apere propria viziune asupra lumii, vor fi supuse unor manipulări constante şi abuzuri perfide din partea celorlalţi, chiar şi a celor cu cele mai bune intenţii. Supunerea faţă de interpretarea evenimentelor făcută de altcineva, indiferent dacă acea viziune este mai mult sau mai puţin corectă, este

percepută de supravieţuitoarea adultă ca o repunere în scenă simbolică a violului psihic ce stă la baza oricărui abuz al unui copil. În mod limpede, pacientele au nevoie de validarea experienţelor lor. Dar dilema terapeutică este evidentă. Cum validăm experienţa acestor paciente, a căror testare a realităţii tocmai am pus-o sub semnul întrebării? Cum le încurajăm să aibă încredere în propria lor experienţă dacă noi înşine, cu o altă voce, continuăm să reformulăm şi să reinterpretăm fix aceleaşi evenimente în funcţie de propria noastră grabă emoţională sau de ideile teoretice preconcepute, dacă, cu alte cuvinte, presupunem că realitatea noastră este de ordin superior?

Supravieţuitoarele adulte trebuie să-şi reconstruiască un simţ al încrederii în propriile abilităţi de interpretare, prin confirmarea treptată a interacţiunilor cu persoanele importante. Aici, interacţiunea terapeutică devine deosebit de importantă, o arenă în care se pot repara aceste capacităţi. O astfel de misiune, totuşi, cere o privire mai atentă la unele dintre nuanţele subtile ale practicii analitice, cu accent în special pe procesele de transfer şi interpretarea rezistenţei.

Procesul de interpretare

Unele dintre vechile idei psihanalitice fundamentale merită să fie reevaluate. În primul rând, să privim la ideea analistului ca ecran alb pe care pacienta proiectează sau deplasează relaţii cu obiectul timpurii, patologice. Chiar ideea unei astfel de lipse de receptivitate în lucrul cu pacientele noastre este periculoasă. La urma urmelor, negarea şi indiferenţa privirii albe, dacă vreţi, a părintelui neabuziv au fost

cele care au permis ca trauma să continue. Adesea, supravieţuitoarele adulte fug din terapie sau regresează inutil, deoarece acest „părinte opac" se reactivează simbolic în transfer. În acest caz, furia pacientei este atât de intensă, cu un efect atât de dezorganizator asupra funcţionării Eului, încât nici cea mai activă interpretare nu va reuşi să restabilească ceea ce devine, în

esenţă, o retraumatizare iatrogenă. Este un transfer psihotic, improbabil să se generalizeze la restul funcţionării pacientei, dar care face totuşi interpretarea mai puţin utilă şi, cu siguranţă, mai puţin intensă decât posibilele vătămări simbolice.

În timpul fazelor iniţiale ale terapiei, multe supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie par deosebit de rezistente la interpretări din partea analistului care sugerează un mod nou sau diferit de a privi la comportamentele vechi. Evident, astfel de interpretări ameninţă fragilitatea punctului de vedere al pacientei şi pun la încercare vechile tipare de relaţionare cu reprezentările sinelui şi ale obiectului internalizate. Astfel de intervenţii pot, prin urmare, să provoace o dezorganizare considerabilă. În măsura în care mediul analitic este unul de comentariu omniscient al analistului, şi nu unul de explorare în colaborare de către ambele părţi implicate, o astfel de rezistenţă se va intensifica. Pacientele declară că se simt copleşite, penetrate sau lipsite de control. Situaţia analitică este, din nou, periculos de aproape de trauma iniţială. În plus, poziţia omniscientă a analistului este subtil infantilizantă şi, în consecinţă, subminează şi subapreciază contribuţiile pacientei la înţelegerea vieţii sale interne.

În experienţa noastră de terapie cu supravieţuitoare adulte am constatat că

procesul de reciprocitate şi colaborare în munca analitică devine cel puţin la fel de important ca şi conţinutul comunicărilor terapeutului. Aceasta include încercările analistului de explorare în cooperare şi, desigur, rezistenţele pacientei la aceasta. Credem că, mai ales la debutul terapiei, interpretarea unor astfel de rezistenţe la o explorare în echipă va facilita procesul terapeutic, în vreme ce interpretări prematur penetrante de conţinut ameninţă să atragă după sine anularea speriată, defensivă a unor dezvăluiri ulterioare. Terapia cu pacientele care au fost abuzate sexual trebuie să avanseze în ritmul lor. Cele evident sensibile la experienţe de penetrare forţată şi expunere umilitoare trebuie să simtă că au controlul asupra autodezvăluirii, atât la început, cât într-o oarecare măsură, şi în cursul procesului. Desigur, va veni momentul în care pacienta va spune că se simte forţată, penetrată sau umilită de către analist, în ciuda tuturor acestor adaptări ale tehnicii şi, într-o oarecare măsură, acest lucru este necesar. Pacientele trebuie să înceapă să-şi exploreze sensibilităţile specifice în această zonă. Numai atunci când au fost puse

bazele egalității, colaborării și respectului, ca mediu în care se pot explora reacții de transfer negativ mai abuzive și potențial dezorganizatoare, abia atunci acest aspect crucial al terapiei se poate derula fără o pierdere completă a testării realității.

În mod similar, când transferul este văzut ca o chestiune asimetrică — unilaterală —, când observațiile pacientei la adresa terapeutului sunt negate în mod repetat și considerate distorsionări patologice venite numai din viața timpurie a pacientei, atunci dezvoltarea capacității de testare a realității a pacientei primește încă o lovitură puternică. Deși tendința de a elimina propriul comportament al

terapeutului din examinarea analitică amănunțită a fost pusă recent la îndoială pentru toți pacienții (Aron, 1991; Gill și Hoffman, 1982; Greenberg, 1991; Hoffman, 1983, 1991), aceasta este extrem de dăunătoare în cazul supraviețuitoarelor abuzului. Atât de des este privită, transferențial, ca încercare a analistului de a-și declina responsabilitatea pentru propriul comportament, pentru a da indirect vina pe pacientă. Și în acest caz, transferul se confundă inextricabil cu trecutul traumatic al pacientei, în care comportamentul parental s-a înceţoşat, iar responsabilitatea a fost externalizată către pacientă. Trecutul și prezentul, fantasma și realitatea se amestecă, iar interpretarea verbală este adesea inadecvată pentru redresarea confuziei rezultate.

Mai diferit este dialogul care apare atunci când transferul este privit ca răspunsul mai mult sau mai puțin unic al pacientei la aspecte mai mult sau mai puțin selective din comportamentul real al analistului (Hoffman, 1983). Distorsionarea este un proces reciproc în care trecutul fiecărui participant aruncă o umbră intensă peste percepția celuilalt. Cu certitudine, analiza personală a terapeutului se dovedește indispensabilă pentru separarea opiniilor și observațiilor fiecăruia; cu toate acestea, nicio analiză nu este infailibilă, iar distorsionări și percepții eronate apar de ambele părți. Atunci când terapeutul ascultă observațiile pacientului cu considerație și respect, și nu cu autocontrol încordat, un astfel de respect este internalizat și pacientul continuă cu o capacitate crescută de autoreflecție.

Interpretările transferului sunt cele mai dificile. Deși se poate oferi o interpretare suplimentară a transferului pentru a lărgi înțelegerea pacientei

într-o

anumită zonă, pentru a-i amplifica trăirea unei întâmplări prin furnizarea de semnificaţii paralele, o interpretare a transferului, aşa cum este utilizată de către unii terapeuţi, implică distorsionarea sau reacţia exagerată din partea pacientei. De fapt, analistul spune: „Nu, nu am făcut ceea ce spui tu… mă percepi în felul acesta pentru că…“ Ceea ce îi spunem pacientei aici este: „Ceea ce crezi tu că se întâmplă nu se întâmplă… doar percepi eronat în felul acesta… să nu ai încredere în propriile percepţii.” Cât de derutant poate fi să-i spui pacientei să aibă încredere în ceea ce bănuieşte că s-a întâmplat în trecut, dar să nu aibă încredere în ceea ce ştie că se întâmplă în prezent! Şi totuşi, cum rămâne cu analistul care crede cu adevărat că se petrece o mare distorsionare în transfer?

Cele mai recente lucrări despre contratransfer şi identificarea proiectivă (Gill şi Hoffman, 1982; Grotstein, 1981; Joseph, 1989; Sandler, 1987; Tansey şi Burke, 1989) iau în considerare posibilitatea ca pacientul să fi perceput cu precizie un anumit aspect al comportamentului terapeutului, de care acesta nu este conştient. Noi credem că comportamentul pacientei şi fantasma sa inconştientă atrag o anumită acţiune a analistului, mai ales genul penetrant şi hiperstimulant la care pacienta este cel mai hipervigilentă. În mod similar, credem că comportamentul analistului atrage reacţii similare din partea pacientei. Ţinând cont cu seriozitate de faptul că propriul comportament este un precipitant puternic al anumitor reacţii transferenţiale, analistul îndeplineşte două sarcini clinice importante. În primul rând, deschide în vederea cercetării analitice amănunţite anumite procese inconştiente din el şi din pacientă care, prin intermediul identificării proiective şi

introiective, ar rămâne altfel neatinse. Şi, în al doilea rând, el admite că transferurile pacientei îşi au adesea originea în percepţii foarte precise ale comportamentului analistului, sprijinind, aşadar, capacitatea pacientei de a-şi percepe şi interpreta corect universul.

Ascultăm, aşadar, cu mare interes percepţiile pacientei despre comportamentul terapeutului şi interpretările şi fantasmele ei cu privire la semnificaţiile posibile ale unui astfel de comportament. Întrebăm exact ce aspecte ale comportamentului terapeutului au condus-o la concluziile pe care le-a tras. O rugăm să exploreze toate motivele posibile pe care le poate aduce

pentru a explica de ce crede că analistul ar fi putut reacţiona în modul respectiv. Mai ales atunci când pacienta ne acuză că suntem abuzivi, intruzivi, dominatori, sadici, seducători, hiperstimulanţi ş.a.m.d. — cuvinte care se adresează repunerilor în scenă semnificative în procesul de transfer–contratransfer — trebuie să ne concentrăm atenţia nu asupra a ceea ce ne spune acest lucru despre trecutul pacientei, ci asupra a ceea ce poate dezvălui cu privire la experienţa prezentă a terapeutului. Dacă, de exemplu, pacienta îşi percepe terapeutul ca fiind exagerat de seducător, terapeutul ar putea interpreta această percepţie ca pe o simplă deplasare dintr-o relaţie importantă din trecut; sau poate integra conştientizarea propriului comportament seducător în încercările de clarificare a unor aspecte inconştiente sau încă neformulate (Stern, 1985) ale paradigmelor de transfer–contratransfer ce sunt repuse în scenă în actuala situaţie terapeutică.

Plasăm, din nou, comunicarea terapeutică prin atenţia la proces deasupra

comunicării terapeutice prin interpretarea conţinutului, convinse fiind că un proces de reciprocitate şi respect garantează că va apărea şi conţinutul. Deşi am putea sugera că în anumite cazuri pacienta *se poate* să fi interpretat greşit semnificaţia şi intenţia anumitor aspecte ale comportamentului terapeutului, nu trebuie să *presupunem* că aşa stau lucrurile. Este la fel de posibil ca pacienta să fi simţit sau perceput pur şi simplu vreun aspect al comportamentului sau atitudinii terapeutului care a rămas disociat defensiv şi trebuie integrat în dialogul terapeutic actual.

Natura rezistenţei

Probleme similare apar când avem în vedere rezistenţele specifice care îngreunează adesea progresul terapiei cu supravieţuitoarele adulte. Încă de la începuturile psihanalizei, terapeuţii au încercat să înlăture conotaţiile negative ale termenului *rezistenţă*. Deşi toţi terapeuţii se luptă cu acest lucru, mai ales în situaţii de învăţare formală sau în materiale scrise, dialogul informal despre „pacienţi rezistenţi" trădează negativitatea inconştientă inerentă acestui termen. La urma urmelor, rezistenţa este, prin definiţie, o forţă de opoziţie. Aceia dintre noi care gândesc în termenii dezvoltării, totuşi, privesc capacitatea de a se opune, de a spune nu, de a nu fi de acord, drept un punct de referinţă al dezvoltării. Este necesară pentru supravieţuire, este esenţială pentru separare şi individuaţie. Fără această capacitate, pacientul trăieşte o

teamă continuă de abuz, invadare şi, în cele din urmă, de anihilare psihică. Cu toate acestea, adulţii care au supravieţuit unor abuzuri sexuale grave din copilărie au o capacitate limitată serios de a spune nu. Copii fiind,

opoziţia fizică reprezenta o ameninţare pentru supravieţuire; rezistenţa psihică putea apărea numai prin disociere şi aparentă supunere.

Deoarece pacientele noastre au atât de puţină încredere în capacitatea lor de a distinge ceea ce este adevărat de ceea ce este fals, ceea ce este util de ceea ce este distructiv, ce este plăcut de ceea ce face rău, invitaţia de a lua în considerare o interpretare, mai ales una care provoacă perspectiva pacientei cu privire la o chestiune, poate pune în mişcare o trăire de anxietate intensă, chiar de panică. Pacientei îi este extrem de greu să respingă o interpretare. O astfel de respingere, în esenţă, ar stimula o teroare de abandon proporţională cu cea simţită de copilul abuzat care nu putea pune sub semnul întrebării negarea sau distorsionarea realităţii din partea părintelui. Copilul nu se putea baza pe părintele a cărui capacitate de testare a realităţii, adică sănătatea psihică, era chestionabilă. Prin urmare, transferenţial, intelectul, judecata şi superioritatea finală a analistului sunt absolute. Analiza şi evaluarea critică sunt în afara oricărei discuţii, din cauza respingerii parţiale pe care o implică. Recunoscătoare pentru grija şi preocuparea atente, pacientele sunt dispuse, uneori, să accepte orice interpretare într-o manifestare dramatică de supunere deschisă. Interpretările sunt, prin urmare, percepute ca „strălucite", şi pot stimula un potop interesant de asociaţii grăbite. Puterea terapeutului, la debutul terapiei, este inegalabilă, un exemplu pentru mezalianţele periculos de compliante descrise anterior. Ce se întâmplă atunci cu interpretările care nu sunt corecte? În astfel de momente, este întărit clivajul. Dezacordul şi obiecţia, împreună cu furia şi anxietatea pe care le generează, sunt expulzate către tărâmul *personei* copilului disociat şi

al omologului ei abuziv. Idealizarea conştientă domină spaţiul analitic.

Ca întotdeauna, rezistenţa cel mai periculos de seducătoare se află în contratransfer. A fi iubit de o pacientă care caută din greu şi de atât de multă vreme un salvator este ceva foarte emoţionant pentru analist. Ce altceva îşi poate dori cineva mai mult decât să fie minunat şi moral, în acelaşi timp? Cu toate acestea, în interiorul acestui tărâm magic de admiraţie reciprocă deplină, proliferează o formaţiune malignă invizibilă şi perfidă. Aceasta, pentru că

pacienta înghite pe nemestecate perspectiva analistului asupra realităţii ei interne. Nu există loialitate faţă de sine şi, acolo unde nu există conflict, nu există nici posibilitatea integrării. Din cauză că a trebuit să se prostitueze pentru simpla supraviețuire, pacienta este mai mult decât dispusă, chiar dornică să repete acest tipar pentru a-şi asigura iubirea idealizată, îndelung căutată. Aspectul ascuns disociat al acestei idealizări reciproce conştiente este controlul abuziv şi supunerea forţată. Sub mantia intensei experienţe contratransferenţiale, aceasta devine una dintre rezistenţele faţă de analiză cel mai uşor de ratat.

În sfârşit, sarcina terapeutică într-o astfel de situaţie implică chestionarea supunerii fățișe şi persistente a pacientei. Este vreodată în dezacord cu vreo interpretare? Cum se face că analistul este întotdeauna atât de deştept? Spune ea vreodată ceea ce vrea analistul să audă mai degrabă decât ceea ce crede ea de fapt? Dacă analiza reuşeşte să o ajute pe pacientă să vadă cum îşi înlocuieşte propria realitate cu cea oferită de analist sau de orice altă persoană idealizată, terapeutul şi pacienta pot explora împreună cea mai importantă chestiune, şi anume unde este

ascunsă propria trăire a realităţii aparţinând pacientei. Nu trebuie să ne facem griji, în terapia cu supraviețuitoare ale abuzului din copilărie, o astfel de realitate s-a păstrat absolut intactă, într-un sistem clar disociat al reprezentărilor sinelui şi obiectului.

Un analist în supervizare se plângea într-o şedinţă recentă că pacienta lui devenise „certăreață, cusurgioaică şi extrem de rezistentă". Se plângea că aceasta reformulează orice spune el şi de absolut fiecare dată este tentată să aibă obiecții la o anumită parte a interpretării, indiferent cât de neimportantă. Îi pune la îndoială competența, vrea să ştie ce formare a făcut şi dacă este analist certificat.

Terapeutul insista că a „interpretat rezistența iar şi iar, dar pacienta nici nu vrea să audă!“ „Când îi semnalez rezistența, se înfurie şi mai tare.” Pacienta ameninţă cu plecarea din terapie. Probabil că terapeutul este prea lipsit de experienţă. Supervizorul are sentimentul că terapeutul se vaită şi este oarecum irascibil. Ce a făcut sau nu a făcut supervizorul ca această terapie, altădată perfectă, să se deterioreze?

Pacienta este o avocată de 36 de ani, cu o istorie de abuz sexual de la 4 la 9 ani. Colegii o consideră o avocată de succes, iar gândirea ei, așa cum se vede în ședințe, este incisivă și logică. Faza inițială a terapiei a fost o „lună de miere“. Lucra cu ardoare și, deși se mai enerva uneori, nu existaseră perioade de transfer negativ prelungit. Reacționase cu bunăvoință la interpretări și avusese grijă, în general, să-i ofere analistului doze constante de recunoștință și apreciere. Pusese relativ puține „întrebări dificile” și se pare că evitase asiduu orice zone de

potențială vulnerabilitate a terapeutului.

Acum începuse să conteste interpretările, să ceară anumite informații despre analistul ei. Terapeutul este enervat, spunea că ea este rezistentă, îi cere supervizorului să îi spună cum să gestioneze rezistența ei. Își vrea înapoi fetița cuminte, ascultătoare — probabil seducătoare.

Iată un exemplu în care cea mai periculoasă rezistență nu este cea mai evidentă. Pacienta nu *devine* rezistentă, ea doar trece de la o formă de rezistență care îi plăcea foarte mult terapeutului la una pe care el o percepe ca mai dezagreabilă. Probabil că ea face acest lucru pentru că terapeutul și supervizorul nu i-au atras suficient de repede atenția asupra procesului mai subtil. Au fost distrași de conținutul intens. Pacienta le face tuturor o favoare. Nu era ciudat că această minte pătrunzătoare, această avocată de mare succes nu avusese niciodată nicio obiecție, niciodată nu-i ceruse terapeutului să-i prezinte acreditările, în mod deschis, ca lucrurile să fie clare? Nu avea dreptul să facă asta?

Desigur, pacienta e derutată și se înfurie când i se spune că este rezistentă. În mintea ei, ea nu face decât să se protejeze, să evalueze critic ideile înainte de a le accepta și să ceară dovezile de formare ale terapeutului căruia i-a încredințat viitorul ei emoțional. Confuzia este ceea ce o sperie și o înfurie atât; impunerea unei realități atât de diferite de a ei, din partea unui terapeut ale cărui protecție și bune intenții le prețuiește atât de mult. Se supune perspectivei lui asupra materialului așa cum a făcut până acum sau își afirmă propriile păreri și riscă să piardă totul?

Cea mai potrivită întrebare, din punct de vedere clinic, este nu de ce este

rezistentă, ci de ce i-a luat atât de mult timp pacientei să-şi exercite cele mai fundamentale drepturi în această situaţie interpersonală. Departe de a se deteriora, terapia a avansat la punctul în care pacienta are suficientă încredere în integritatea şi bunele intenţii ale terapeutului încât să permită apariţia unor constelaţii de transfer negative. Să sperăm că rezistenţa *terapeutului* nu va împiedica progresul acestei terapii.

Nu intenţionăm să sugerăm aici că supunerea masochistă este singura manifestare a rezistenţei de transfer a supravieţuitoarelor adulte. Cu certitudine, este la fel de posibil ca pacienta să-şi exprime teama de abuz sau abandon prin intermediul unei poziţii de contradependenţă neîncetată, în care *respinge* absolut toate interpretările oferite. Ideea noastră este doar de a sublinia această expresie mai puţin evidentă a transferului negativ care este adesea ignorată.

Atacuri la adresa capacităţilor de testare a realităţii ale terapeutului

Mai există încă o interconexiune între funcţiile Eului de testare a realităţii şi procesul terapiei psihanalitice cu supravieţuitoare adulte. Este un fenomen binecunoscut de cei care lucrează în acest domeniu şi are legătură cu încercările pacientei de a distruge capacităţile de testare a realităţii ale analistului. Acest lucru se poate întâmpla în anumite momente de criză din terapie sau îşi poate face drum, ca un laitmotiv, pe întregul parcurs al ei. Din punct de vedere clinic, are aproape întotdeauna legătură cu apariţia introiectului sadic, adică a acelei părţi a pacientei care este într-o identificare strânsă cu părintele abuziv şi acum este remobilizată în

transfer. Pe măsură ce aceste aspecte ale personalităţii pacientei ies la iveală, adesea în formă disociată, terapeutul poate să devină, prin intermediul identificării proiective, subiectul unor forme diferite de confuzie.

Când introiectul sadic apare într-o formă pur disociată, pot exista atacuri directe la adresa capacităţii de testare a realităţii analistului. O pacientă de 26 de ani, supravieţuitoare a unui incest, rearanja în mod repetat dulapurile şi lua mâncare din frigiderul din bucătăria de lângă sala de aşteptare. Terapeuta a început să simtă că o ia razna. Terapeuta s-a calmat abia atunci când a înţeles că aceste lucruri se întâmplau întotdeauna după şedinţele pacientei respective. Totuşi, pacienta a negat cu înverşunare orice implicare în aceste întâmplări şi

a fost atât de ofensată de insinuările analistei, încât terapia a fost compromisă serios. Se pare că acest comportament apărea când pacienta era într-o stare disociată. Abia atunci când a început să-şi amintească faptul că mama ei îi rearanja tot timpul lucrurile când era copil, încât niciodată nu ştia unde să le găsească şi negând în acelaşi timp că ar fi intrat în camera pacientei, abia atunci faţa i s-a luminat şi s-a creat o punte peste prăpastia disocierii. În acest caz, pacienta repunea în scenă, într-o stare disociată, tipul de „atac psihic" la care era supusă în copilărie. Analista devine copilul victimizat şi i se oferă posibilitatea să simtă parte din confuzia, teama, pierderea controlului şi dezorientarea care i-au umplut pacientei sale anii copilăriei.

Deoarece victimele abuzului sexual pot intra şi ieşi atât de rapid şi imperceptibil din stările disociative, pacientele pot să spună şi să nu spună lucruri în acelaşi timp. Acest lucru se poate întâmpla de la o şedinţă la alta sau de la un

moment la altul în timpul aceleiaşi şedinţe. Pacientele pot povesti amintiri vii ale experienţelor lor de abuz într-o zi şi apoi, la şedinţa imediat următoare, pot spune că nu-şi amintesc nimic din ce au discutat. La fel, pacientele pot spune ceva în timpul unei şedinţe şi totuşi să pară perplexe şi confuze atunci când terapeutul răspunde la acea afirmaţie şi să declare că nu-şi amintesc să fi spus acel lucru. A doua variantă capătă forma de: „Probabil că m-ai înţeles greşit... N-am spus asta niciodată". Când acest lucru devine o rutină, un terapeut nefamiliarizat cu du-te-vino-urile disocierii poate ori să se înfurie teribil, ori să fie profund derutat şi neliniştit cu privire la propria sănătate psihică.

Un alt mod foarte frecvent în care supravieţuitoarele atacă simţul realităţii terapeuţilor lor, şi unul care ameninţă adeseori cu eşecul total al terapiei, este fenomenul: „Îmi pare rău, am inventat totul“. Rareori se întâmplă ca un terapeut să fie mai zdruncinat de ceva ca în primele dăţi când i se întâmplă acest lucru. Cu toate acestea, este ceva de aşteptat, deoarece reprezintă o punere în scenă a experienţei de abuz pe atât de multe paliere diferite. La nivelul cel mai simplu, pacienta se zbate să redisocieze materialul pe care a început să îl recupereze, aşa încât o vreme chiar pare ca fiind ceva inventat. O pacientă obişnuia să spună: „Cuvintele astea ies din gura mea, ca şi cum o străină ar locui în mine. Nu-mi amintesc întâmplările acestea, dar străina

tremură şi e isterică. De ce ar fi atât de speriată dacă nu ar fi adevărat?" Este de aşteptat ca acest proces de recuperare şi redisociere a experienţei traumatice să dureze un timp.

Deşi o inversare atât de bruscă reprezintă o redisociere a materialului

traumatic la un nivel, la un nivel mai profund reprezintă încă o repunere în scenă a relaţiei traumatogene cu obiectul. În cazul acesta, pacienta ca abuzator se îndreaptă către terapeutul nebănuitor şi, într-un atac frontal direct asupra realităţii sale, spune: „Lucrul acesta îngrozitor prin care au trecut împreună... uită... nu s-a întâmplat niciodată". Aici, din nou, printr-o formă de identificare proiectivă, pacienta îi comunică terapeutului profunda confuzie şi disperarea teribilă simţită când abuzatorul i-a spus: „Asta nu s-a întâmplat niciodată... nu mai scoatem o vorbă despre asta niciodată".

Cea mai nocivă formă a acestui atac la adresa terapeutului vine de obicei de la paciente al căror abuz a fost de natură deosebit de sadică şi umilitoare. În acest caz, schimbările pacientei sunt impregnate de un dispreţ intens, care trezeşte în analist nu numai un sentiment de confuzie şi dezorientare, ci şi o experienţă umilitoare de stupiditate şi naivitate ieşite din comun. Aproape că se poate vedea cum nucleul diabolic al acestui introiect scoate capul ca s-o mai hărţuiască şi s-o mai chinuie pe victimă bătându-şi joc de capacitatea ei de a iubi şi de a avea încredere. În acest caz, ura de sine a copilului-victimă/analistului este palpabilă. „Cât de proastă am fost să cred şi să am încredere în altcineva." Experienţa noastră dezvăluie totuşi că, mai degrabă decât să-i genereze analistului îndoieli imposibil de susţinut, astfel de întorsături dramatice ar trebui să servească drept confirmare din partea pacientei că experienţele abuzive, cu distorsiuni ale realităţii, povestite în experienţele terapeutice, chiar au avut loc în realitate.

Mai există un ultim loc în care pierderea de către terapeut a capacităţii testării

realităţii pare să semnaleze o repunere în scenă în transfer. Experienţa critică în acest caz este una în care limba pare să-şi piardă orice semnificaţie pentru pacientă, terapeut sau amândoi. Pacienta îl fixează pe terapeut cu o privire goală, aparent uluită de cea mai simplă dintre interpretări. Sensul cuvintelor pare să se piardă. Este greu, dacă nu imposibil, pentru terapeut să ajungă la pacientă. Noi înţelegem această experienţă ca pe o reactivare în terapie a unei

experienţe din copilărie în care adulţii vorbeau, iar copilul nu putea înţelege semnificaţia cuvintelor lor, când, din cauza numeroaselor amăgiri, copilul nu avea nicio încredere în conţinutul a ceea ce se spunea şi îşi abandona, în consecinţă, interesul şi angajamentul faţă de cuvântul rostit. Atunci când valoarea de comunicare a cuvintelor se pierde, terapeutul trebuie să fie conştient că are de-a face cu *persona* clivată a copilului şi toate deficienţele descrise ale Eului intră în joc.

Paradigma opusă de transfer–contratransfer se poate activa, de asemenea, în cadrul terapeutic. În acest caz, printr-o formă de identificare proiectivă complementară, terapeutul nu reuşeşte să dea vreun sens cuvintelor pacientei. Este un sentiment de stupiditate incredibilă. Terapeutul are sentimentul că pacienta vorbeşte o limbă străină. Detaliile pot lua multe forme, dar sentimentul preponderent este unul în care terapeutul ascultă neîncrezător, incapabil pentru lungi perioade de timp să dea un sens cuvintelor pacientei.

În toate situaţiile descrise, terapeutul poate fi cu uşurinţă împins către sentimente de furie intensă. Atât răzbunarea sadică, precum şi retragerea furioasă sunt reacţii obişnuite. Este obligatoriu ca analistul să-şi amintească faptul că acestea

sunt reacţii contratransferenţiale *induse,* concepute să comunice verbal fenomene inexprimabile. Atunci când sunt utilizate de terapeut pentru a facilita recuperarea de către pacientă a altor amintiri sau a unei experienţe vii, la prima mână, a propriilor ei dorinţe sadice internalizate, acestea pot fi printre cele mai decisive şi, în cele din urmă, cele mai vindecătoare momente din terapie.

În încercarea de a integra un cadru conceptual cu un substrat clinic-experienţial, este esenţial de reţinut că viaţa copilului abuzat reprezintă un compromis permanent cu realitatea. Distorsionări de felul celor pe care le-am descris nu trebuie să surprindă. Şi nici nu trebuie considerate în mod necesar ca reprezentând o psihopatie de fundal. Ele reprezintă mai degrabă o adaptare, un mod de raportare la experienţă, care permite evenimentelor inexprimabile să apară şi să nu apară simultan. Deşi supravieţuitoarele pot disocia şi refula detaliile abuzului din trecut, modificările specifice în structurarea Eului descrise continuă să se infiltreze în adaptarea psihică a persoanei şi în relaţiile interpersonale la toate nivelurile.

CAPITOLUL 7

Expunerea la pericol, erotizarea fricii și abuzul de sine compulsiv

Reușita terapiei multor supraviețuitoare ale abuzului sexual din copilărie este pusă la încercare de multitudinea uluitoare de comportamente violente, adesea autodistructive, în care se angajează frecvent aceste paciente. De la suicid la automutilare, abuz de substanțe, promiscuitate, șofat periculos, tulburări de alimentație, autoflagelare, furt și implicarea repetată în situații potențial periculoase, precum călătoria cu autostopul sau umblatul singure noaptea pe străzi pustii, supraviețuitoarele pun adesea în act, mai degrabă decât să trăiască și să proceseze în mod conștient, amintiri, afecte, reprezentări de sine, identificări și fantasme care amenință să le pună serios în pericol. Caracterul dramatic și neostenit al punerilor în act autodistructive ale supraviețuitoarelor îl poate copleși și pe terapeut, punând în pericol alianța terapeutică și, în cele din urmă, terapia.

Este, așadar, crucial ca terapeutul care lucrează cu o supraviețuitoare a abuzului sexual să fie familiarizat cu menirile și semnificațiile punerilor în scenă violente la acest segment de paciente. În acest capitol ne vom ocupa de: (1) explorarea semnificațiilor psihice pe mai multe niveluri ale comportamentului violent, de punere în act, într-un cadru de referință psihanalitic; (2) un model integrat al erotizării — mediată psihologic și fiziologic —, fricii și comportamentului autodistructiv care o însoțește adesea; și, în sfârșit (3) o încercare de a integra acest model multidimensional în recomandări terapeutice specifice care sperăm că vor atrage după

sine încetarea comportamentelor compulsiv–autodistructive. Încercăm să descriem aici tiparul ciclic și sinergic la care am ajuns să ne așteptăm de la pacientele noastre atunci când oscilează fără încetare între stări de hiperexcitație intens sexualizată și genul de perioade de extenuare și saturație, ulterioare expunerii la abuzul de sine, expunere deosebit de periculoasă și amenințătoare la adresa vieții.

Semnificația abuzului de sine pentru echilibrul psihic

În ultimii ani, comportamentele violente, autodistructive, au fost asociate cel

mai adesea cu diagnosticul de tulburare de personalitate borderline. Prin lucrul cu astfel de paciente, clinicienii s-au familiarizat cu ideea că un comportament de punere violentă în act reprezintă intensificarea identificărilor și relațiilor interpersonale sadomasochiste cu care se confruntă pacientele borderline. Acest lucru, exacerbat de un slab control al impulsului, granițe difuze și o nevoie invidioasă de a înfrânge eforturile terapeutice ale analistului preluând controlul, prin intermediul unor cereri imperioase adresate terapeutului, asupra demersului terapeutic, au ajuns să servească drept piatra de temelie a înțelegerii acestui tip de comportament.

Cu toate acestea, cercetări mai recente pe acest subiect arată că între 75% și 87% dintre pacientele diagnosticate cu tulburare de personalitate borderline au, de asemenea, și un istoric de abuz violent în copilărie (Herman et al., 1989). Mai mult decât atât, rapoartele clinice demonstrează relația constantă dintre automutilare și istoricul de abuz fizic și sexual din copilărie (copiii cu un istoric de intervenții

chirurgicale repetate pot manifesta un tablou simptomatic similar). De fapt, Simpson și Porter (1981) au rezumat descoperirile clinice în felul următor: „Acțiunile autodistructive nu erau legate fundamental de conflict, vină și presiunea Supraeului, ci de tipare comportamentale mai primitive, care își au originea în interacțiuni dureroase cu persoane de îngrijire ostile în timpul primilor ani de viață" (pp. 428–438).

Ne putem gândi la modul în care abuzul autoadministrat transformă o traumă pasivă într-una activă pentru supraviețuitoarea abuzului sexual care încearcă a dobândi controlul asupra traumei timpurii și consecințelor sale. Prin intermediul comportamentelor autodistructive, supraviețuitoarea reglează temporizarea, ritmul și severitatea victimizărilor sale, trăind paradoxal un sentiment de putere. Nemaifiind, după toate aparențele, la mila unui abuzator extern, pacienta își asumă controlul asupra propriului abuz. Spunem „după toate aparențele", deoarece autodistructivitatea, de fapt, presupune atât legătura constantă cu abuzatorul, cât și identificarea cu neîndurarea acestuia. În plus față de oferirea unei iluzii de control, astfel de puneri în scenă o ajută pe pacientă să gestioneze potențiale perturbări ale lumilor sale internă și externă prin ținerea în frâu a amintirilor traumatice împreună, cu conținuturile mentale și stările afective asociate. Acest aspect al coping-ului poate fi

important mai ales pentru pacienta care nu are nicio amintire conştientă a abuzului sau menţine o relaţie aparent afectuoasă cu abuzatorul.

Katie, de exemplu, fusese legată de pat şi sodomizată de unchiul ei, care locuia la familia ei, vreme de mulţi ani în copilărie. Când a ajuns la terapie, nu avea

nicio amintire legată de abuz; ştia doar că se simţea vag înfricoşată şi crispată în prezenţa unchiului ei. La scurtă vreme după începerea terapiei, Katie a început o relaţie cu un bărbat căruia îi plăcea sexul „dur", inclusiv să o lege de pat în timpul penetrării anale. Aceasta nu era prima relaţie cu un bărbat care o lega şi o sodomiza. Katie povestea că în timpul acestor întâlniri sexuale se simţea atât îngrozită, cât şi extrem de excitată.

În acest caz, repunerea în scenă a amintirilor sexuale care evocau abuzul o protejau pe Katie de contactul cu amintirile victimizărilor ei reale, prin canalizarea materialului traumatogen apărut, în relaţii adulte reale. Mai mult decât atât, lăsându-se de bunăvoie legată şi penetrată anal, avea posibilitatea să retrăiască abuzul, cel puţin aparent, în condiţiile ei. Această repunere în scenă menţinea, de asemenea, homeostaza lumii sale interne, conservând ataşamentul faţă de unchiul ei şi faţă de părinţii care nu reuşiseră să o protejeze de abuz. În sfârşit, reproducerea aproape identică a traumei ei din copilărie întruchipată de punerea în scenă, combinată cu starea ei afectivă intensă, ambivalentă, comunicau natura victimizărilor ei sexuale timpurii cu mult timp înainte ca Katie să şi le amintească în mod conştient.

Majoritatea supravieţuitoarelor care se implică în puneri în scenă violente sunt conştiente de dorinţa lor de a se autopedepsi. În adâncul sufletului lor, aceste paciente sunt convinse că sunt fiinţe umane denaturate. Copleşite de ruşine, se simt profund defecte şi groaznic de toxice. Adeseori ele au internalizat invectivele cu care au fost împroşcate în copilărie: curvă, căţea, drac manipulator, căcat cu ochi, păpuşă mincinoasă. Dat fiind că li s-a spus frecvent de către abuzatorul

(abuzatorii) lor că ele au provocat şi dorit abuzurile sexuale, supravieţuitoarele au sentimentul că au o putere malefică. Mai mult decât atât, ajung adeseori la maturitate cu reprezentări de sine introiectate — clivate cu multă vreme în urmă şi proiectate de către abuzator — ca mincinoase,

malefice, lipsite de valoare, toxice (Fairbairn, 1943). Ca adulte, când un eveniment intern sau extern evocă un sentiment de a fi fost „rea", supraviețuitoarele se pot vătăma singure sau își pot pune viața în pericol pentru a se autopedepsi.

Tatăl lui Pauline îi spusese acesteia că, dacă avea să spună cuiva despre incest, urma să îi taie limba. Cu mult înainte ca ea să-și amintească în mod conștient această amenințare, când era furioasă pe ea, Pauline își prindea limba cu un ac de siguranță și privea cu satisfacție și detașare cum îi cădeau stropi de sânge din gură. În cazul acesta, metoda autopedepsirii era și o punere în scenă a amenințării proferate de tatăl lui Pauline și poate fi considerată un atac al introiectului ei abuziv. Posedată, la propriu, de un obiect rău, pacienta punea în act amenințarea pe care încă nu a adus-o în memoria conștientă. Deloc surprinzător, Pauline își înțepa frecvent limba atunci când a început să vorbească despre abuz în terapie.

Deși statutul de victimă este dureros pentru supraviețuitoarea abuzului din copilărie, este și ceva familiar. Adesea, este cea mai sigură identitate pe care o cunoaște supraviețuitoarea. Inițierea comportamentului de autoprotecție la maturitate înseamnă slăbirea atașamentului supraviețuitoarei față de obiectele ei internalizate și de cea mai familiară organizare a sinelui. În plus, la un nivel adeseori profund inconștient, continuarea victimizării la maturitate validează pentru supraviețuitoare

realitatea violurilor din trecut; renunțarea la victimizările din prezent este percepută de către unele supraviețuitoare ca subminând credința lor și a altora în veridicitatea abuzului sexual din trecut. Într-o confuzie a trecutului și prezentului, aceste paciente simt și că, dacă acum se protejează de pericol, acest lucru dovedește că sunt capabile să prevină abuzul și le sugerează că ar fi putut și ar fi trebuit să se protejeze de abuzurile din copilărie. Ele ignoră diferențele de capacitate fizică, autonomie, cunoaștere și resurse care fac diferența între copii și adulți. Toți acești factori contribuie la dificultățile pe care le au unele supraviețuitoare în a pune capăt punerilor în scenă care le poziționează ca victime reale sau potențiale.

Întotdeauna alăturată identificării supraviețuitoarei cu victima mergând în paralel cu aceasta — deși mai puțin disponibilă conștient — este identificarea ei la fel de puternică cu făptuitorul abuzului. Neîndurarea și sadismul de

gheață pe care supraviețuitoarele îl pot manifesta cu privire la corpurile, minţile şi emoţiile lor sunt şocante pentru martori. În parte, aceasta reprezintă adeseori o identificare cu lipsa de consideraţie evidentă a abuzatorului faţă de copilul victimă. Supraviețuitoarea preia, în înscenare, rolul abuzatorului, îndreptând împotriva ei însăşi furia şi frustrarea în moduri groaznic de violente.

Identificarea pacientei cu abuzatorul conservă legăturile relaţionale cu abuzatorul internalizat şi adesea extern, precum şi cu alte persoane timpurii, neabuzive, dar indisponibile. Multe supraviețuitoare au încă relaţii cu abuzatorii lor când încep terapia. Adesea, nici supraviețuitoarea adultă şi nici abuzatorul nu au vorbit despre abuz. Chiar dacă supraviețuitoarea nu mai este în contact cu abuzatorul ei, este

menţinut şi protejat cu tenacitate un puternic ataşament faţă de obiectul internalizat. Acesta poate fi deosebit de puternic dacă supraviețuitoarea încă nu şi-a amintit abuzul. Identificarea cu aspectele victimizante ale abuzatorului plăteşte tribut relaţiilor reale şi internalizate ale supraviețuitoarei, protejând-o pe pacientă de trăirea dureroasă a pierderii obiectului.

În plus faţă de menţinerea legăturilor relaţionale, identificarea supraviețuitoarei cu agresorul ei o protejează de contactul cu neputinţa şi vulnerabilitatea sinelui ei victimizat. Supraviețuitoarele mărturisesc un sentiment paradoxal de putere şi control atunci când se taie, conduc periculos sau se implică în relaţii sexuale cu bărbaţi aproape necunoscuţi. În identificarea cu agresorul ei, supraviețuitoarea trăieşte acest sentiment de putere iluzorie, negând că autovătămarea îi provoacă suferinţă. De fapt, supraviețuitoarele declară, mai ales la debutul terapiei, că nu simt durere fizică atunci când se taie, se ard sau se lovesc. Precum agresorii lor, ele clivează cu succes sentimentul c-ar fi vulnerabile, speriate, lipsite de control.

Este o misiune foarte dificilă aceea de a ajuta o supraviețuitoare să admită că a încorporat şi s-a identificat cu aspecte ale agresorului ei. Cu cât îşi aminteşte mai mult, retrăieşte afectiv şi îşi integrează experienţele de abuz sexual, cu atât mai mult ideea că seamănă în vreun fel cu agresorul ei reprezintă pentru ea o anatemă. Interpretarea acestui element al repunerilor în scenă trebuie abordată cu sensibilitate pentru a nu-i intensifica supraviețuitoarei la un nivel insuportabil sentimentul deja puternic că este

toxică şi malefică. Dacă acest lucru se întâmplă, supraviețuitoarele se pot dezorganiza și pot pune în scenă autovătămări și mai intense, de

data aceasta într-o încercare de a distruge concret obiectul internalizat.

Dacă supraviețuitoarele se feresc să admită că punerile lor în scenă trădează o identificare cu abuzatorii lor, ele sunt la fel de rezervate în a accepta că modurile lor de comportament transmit gânduri, sentimente sau fantasme legate de persoane prezente din viețile lor, inclusiv de terapeut. Cu toate acestea, destul de des, supraviețuitoarele pun în scenă, în mod autodistructiv, reacții puternice față de cei din viața lor. Îngrozite de puterea imaginată a sentimentelor de invidie, furie și ură, supraviețuitoarele pot nega implicațiile interpersonale ale acestor stări afective, întorcându-le, în schimb, împotriva lor. Copii fiind, ele au introiectat caracterul rău al agresorilor lor și și-au proiectat pe alții caracterul bun pentru a menține speranța de a primi, în cele din urmă, grijă și iubire. Acum, supraviețuitoarele adulte continuă acest proces; neagă eşecurile relaționale ale celorlalți, asumându-și responsabilitatea pentru buna funcționare a relațiilor. Când supraviețuitoarea este dezamăgită sau înfuriată de o persoană pe care o iubește sau de care are nevoie, aceste sentimente sunt adesea întoarse asupra ei înseși. În profunzimea acestui proces se poate afla o teamă cumplită de abandon.

Winnie, de exemplu, fusese abuzată sexual de tatăl ei, care i-a spus că avea să fie trimisă la orfelinat dacă i-ar fi spus cuiva despre incest sau dacă nu se supunea întocmai instrucțiunilor lui din timpul actelor sexuale. Ca adultă, ori de câte ori logodnicul ei o critica sau o dezamăgea, Winnie accepta cu un calm aparent comportamentul lui. Totuși, mai târziu, ea își înfingea inevitabil penseta în coapse. Era conștientă doar de faptul că se învinovățea că ea ar fi provocat dezamăgirile

relaționale, poziție care se potrivea cu percepția că ea l-ar fi „făcut" pe tatăl ei, altfel minunat, să o molesteze. A durat mult până ca Winnie să accepte și să integreze ideea că autovătămarea ei izvora parțial din durerea și furia pe care le simțea față de logodnicul ei, dar că îi era teamă să le exprime direct, de teamă că nu s-ar mai fi căsătorit cu ea.

Lucrul cel mai greu de acceptat de către supraviețuitoare este că, odată aflate în terapie, punerile lor în scenă *(enactment)* violente conțin aproape

întotdeauna o componentă transferenţială, elementul de punere în act *(acting-out)* al punerii în scenă. Aşa cum erau odată părinţii, terapeuţii devin persoane de care depind, pe care să se bazeze că le vor susţine de-a lungul perlaborării terifiante şi dureroase a abuzului şi a consecinţelor sale. Pe măsură ce ele slăbesc legătura faţă de obiectele reale şi internalizate şi se confruntă cu aceste pierderi, terapeutul capătă o şi mai mare importanţă în vieţile lor. Aşa cum altădată şi-au protejat părinţii de neîncrederea, groaza şi furia lor, ele îşi refuză şi reacţiile negative faţă de terapeut şi, în schimb, le pun în act, adesea într-un mod autodistructiv. Uneori, punerea în scenă reprezintă un atac brutal la adresa capacităţii terapeutului de a conţine şi de a vindeca, o încercare nemiloasă de a perturba demersul interpretativ şi integrativ al terapiei. Alteori, punerea în scenă vorbeşte despre suferinţa amară, furia fără cuvinte şi invidia disperată.

Abuzul de sine compulsiv şi erotizarea fricii

La unele supravieţuitoare ale abuzului sexual din copilărie, comportamentele

autodistructive ating cu adevărat o intensitate frenetică. Multe îşi pun în pericol viaţa şi, chiar şi atunci când nu se ajunge aici, lupta continuă de fiecare clipă între punerea în scenă şi autocontrol devine necontenită, consumând o proporţie din ce în ce mai mare din activitatea psihică conştientă a pacientei. La fel ca agresorul care altădată îşi ţinea victima într-o stare de aşteptare temătoare a următorului episod de abuz, acum, şedinţă după şedinţă, supravieţuitoarea îşi ţine terapeutul ostatic al posibilităţii iminente ca pacienta să-şi provoace automutilarea sau moartea. Pe măsură ce situaţia continuă, terapeutul poate merge de la sentimente de îngrijorare profundă şi empatie la sentimente de teroare, furie neputincioasă şi, în cele din urmă, amorţeală sau aparentă indiferenţă faţă de rezultat, punând în scenă contratransferenţial reacţiile din trecut ale copilului faţă de abuz. Terapeutul poate ajunge chiar să gândească: „Bine, bine. Fă-o şi gata", o reacţie contratransferenţială similară nerăbdării copilului victimizat ca abuzul să se petreacă iar, pentru a se elibera de aşteptarea insuportabilă.

Un astfel de comportament devine evident compulsiv, iar presiunea de a acţiona în acest mod dureros autodistructiv este fundamental adictivă prin natura ei, trăsătură subliniată de caracterul ei incurabil şi rezistenţa la toate

formele de interpretare. Într-adevăr, există paciente pentru care interpretarea activă pare doar să intensifice ciclul de supraexcitaţie şi abuz. Astfel de abuzuri includ forme letale de crestare, ardere, mâncat compulsiv, vomismente şi forme compulsive, adeseori dureroase, de activitate masturbatorie. În această zonă, formulările psihodinamice singure se dovedesc inadecvate şi trebuie integrate cu cunoştinţele dobândite

despre psihologia specifică a supravieţuitoarelor adulte şi despre psihofiziologia abuzului şi consecinţele sale.

Hiperexcitaţie, erotizare şi vinovăţie

Un lucru pe care l-am descoperit în legătură cu supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie este că au mari dificultăţi în modularea unor niveluri chiar uşoare spre moderate de excitaţie (Kardiner, 1941; Kolb, 1987; Pittman, Orr, Laforgue şi De Jong, 1987; van der Kolk, 1988). Este adeseori nerelevant dacă o astfel de excitaţie se manifestă sub forma anxietăţii, fricii, durerii, plăcerii sau entuziasmului anticipativ. Cel mai mic declanşator poate catapulta pacienta într-o vâltoare de hiperexcitaţie palpitantă, mediată fiziologic, ce se dovedeşte dezorganizantă şi nemodificabilă pe termen scurt. O astfel de hiperreactivitate este unul dintre efectele incontestabile pe termen lung ale abuzului traumatic din copilărie (van der Kolk, 1988). Acest proces pare a fi controlat de un sistem complex de factori emoţionali, de maturizare şi fiziologici.

Cu certitudine, sentimentul de securitate şi control al unui individ este puternic influenţat de prezenţa suportivă a celor faţă de care el sau ea are un ataşament pozitiv. Când cineva nu mai poate face faţă situaţiilor traumatice bazându-se pe propriile sale resurse interne, prezenţa sprijinului suplimentar sub forma persoanelor iubitoare care ajută din exterior devine şi mai importantă. Ştim că prezenţa persoanelor iubitoare şi suportive joacă un rol important în a-i ajuta pe copii să se lupte cu stările extreme de hiperexcitaţie specifice situaţiilor traumatice. În mod

similar, copiii traumatizaţi, singuri sau în prezenţa străinilor, este probabil să resimtă extreme de hipo şi hiperexcitaţie mediate fiziologic şi dezorganizante din punct de vedere cognitiv (Finkelhor şi Brown, 1985). O astfel de capacitate scăzută de modulare a excitaţiei fiziologice bazându-se pe prezenţa

persoanelor iubitoare şi de încredere ar explica şi incapacitatea pacientului de a apela la reprezentări interne solide ale persoanelor iubitoare şi suportive în momente de suferinţă acută. Într-adevăr, capacitatea de a folosi orice operaţii mentale simbolice este diminuată şi, sub influenţa unei astfel de excitaţii şi dezorganizări în care procesele mentale eşuează, supravieţuitoarea traumei se obişnuieşte să reacţioneze la ameninţări sau la percepţia ameninţărilor, prin acţiune mai degrabă decât prin raţiune.

La supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie, aceste stări de hiperexcitaţie emoţională şi fiziologică au devenit, de asemenea, prin intermediul alăturării constante şi al paradigmelor fundamentale de învăţare, intens sexualizate. Acei declanşatori arbitrari care au devenit stimuli condiţionaţi pentru nivelurile traumatice de receptivitate, mai ales cele care declanşează reacţii de teamă sau anxietate, vor genera şi stări de hiperexcitaţie intens erotizată. Ca răspuns la imaginile care evocă posibilităţi înspăimântătoare sau anticiparea durerii, astfel de reacţii pun bazele unei intensificări reciproce şi sinergice a fricii, hiperexcitaţiei şi sexualizării întregii situaţii, care adesea iese rapid şi într-un mod disperat de sub control, făcând ravagii în viaţa pacientei şi în relaţia terapeutică. Totuşi, o astfel de legătură între frică şi anxietatea anticipativă care însoţeşte abuzul cronic şi erotizarea ulterioară a unor situaţii „declanşatoare" similare este practic inevitabilă.

Tracey, de exemplu, este supravieţuitoarea adultă a unui abuz deosebit de sadic şi chinuitor din partea mamei sale psihotice şi extrem de sadice. De când Tracey avea 4 ani, vârstă la care pacienta probabil că începuse să se masturbeze, mama ei insista să o „controleze“, ca să se asigure că nu „se atingea în părţile ei rele sau că nu se gândea la lucruri rele care ar fi făcut-o să se umezească acolo jos”. Mama ei o trimitea în camera ei şi îi dădea ordin să se dezbrace şi să se întindă pe pat cu picioarele desfăcute „cât de larg poţi“. Tracey stătea acolo, goală, complet vulnerabilă şi expusă pentru perioade nedefinite de timp, de la minute la ore, din cât îşi aminteşte. Uneori, mama ei arunca o privire înăuntru ca să se asigure că stătea întinsă în poziţia indicată. Îngrozită şi tremurând de frig şi din cauza expunerii fizice şi psihologice, Tracey obişnuia să anticipeze multele lucruri pe care mama i le făcuse în trecut: introdusese obiecte în ea; jeturi cu apă rece şi fierbinte; o examina cu cuţite pe care le ascuţea în timp ce copila aştepta întinsă, isterizată şi panicată

dincolo de orice control. Tracey începea să-şi contracte muşchii vaginului în singura formă de protecţie pe care o putea folosi pentru a bara pătrunderea mamei ei. Desigur, contractarea şi relaxarea acestor mușchi, însoţite de starea de suprastimulare, erau extrem de excitante. Mama intra până la urmă în încăpere. „Acum e timpul să te controlez”, spunea ea. Îşi introducea degetul adânc în vaginul contractat al fetiţei, masându-l pe toată lungimea şi gângurea: „Îţi place, chiar îţi place; eşti udă, curvişteină mică ce eşti!" Prea mică să înţeleagă că excitaţia sexuală crescândă a mamei şi comportamentul sadic generau, de fapt, excitaţia sexuală, Tracey nu putea decât să accepte adevărul oribil al declaraţiilor oribile ale mamei ei.

Deşi acest exemplu ar putea părea unul extrem, este, din nefericire, doar unul dintre sutele de cazuri de astfel de istorii pe care le-am auzit în terapiile noastre cu supraviețuitoare ale abuzului din copilărie. Pentru majoritatea dintre noi, o astfel de tortură sadică şi halucinantă este de neconceput în realitate şi, totuşi, presupunem că pentru cititorul acestei cărţi, spusă ca atare, povestea este cel puţin uşor excitantă. Nu ai cum să nu reacţionezi la un astfel de sadism brut şi erotizat. Dacă ne monitorizăm propriile răspunsuri, propria noastră vinovăţie de a ne simţi excitaţi sexual de o poveste atât de oribilă, începem doar să înţelegem panoplia derutantă de stări somatice corporale şi reacţii psihologice contradictorii care se încastrează şi se înregistrează în jurul acestei reprezentări mentale a lui Tracey şi a mamei ei. O organizare a experienţei care sfidează evident orice reprezentare verbală coerentă, dar totuşi continuă să existe în trupul gol şi înfrigurat, vaginul contractat, râsul sadic al mamei, sentimentul de a fi o persoană malefică, de neiubit şi perversă dincolo de orice înţelegere.

Înţelegerea faptului că este probabil ca situaţiile sau fantasmele înspăimântătoare şi dureroase să provoace reacţii sexuale intense este un aspect al organizării intrapsihice a supraviețuitoarelor adulte, care confirmă şi conservă în cea mai mare măsură sentimentul de răutate internă şi vinovăţie al supraviețuitoarei. O astfel de stimulare devine pentru ea o confirmare perversă că ei, de fapt, „i-a plăcut" abuzul, că, în timp ce agresorul ei o tortura, ea era incitată şi excitată în taină de actul incestuos. Într-adevăr, chiar terapeuţii au folosit uneori faptul că o pacientă se masturba la amintirea imaginilor incestului, pentru a încerca să demonstreze

„partea plăcută a incestului“ sau „complicitatea şi participarea pacientei la incest”. Credem că o astfel de interpretare nu numai că este greşită, prin ignorarea erotizării intense a fricii despre care tocmai vorbeam, ci este şi dezastruoasă prin concretizarea vinovăţiei şi autoînvinovăţirii pacientei, precum şi un factor de risc important în amplificarea unor noi serii de comportamente de autopedepsire şi autoabuz.

Înţelegem, desigur, că unele comportamente incestuoase îi pot părea copilului plăcute la început. Se întâmplă adeseori ca, atunci când un părinte este absent sau indisponibil emoţional, astfel de activităţi să reprezinte cea mai intimă apropiere posibilă. Înainte să devină prea intensă din punct de vedere fiziologic sau prea dureroasă din punct de vedere fizic; înainte ca complicaţiile familiale să facă fetiţa prizonieră într-o lume ascunsă şi izolată de cei de care se apropia înainte; înainte de a auzi ameninţările menite să garanteze că va păstra tăcerea; înainte ca ea să înceapă să se întrebe de ce nimeni nu o protejează de acest proces înfricoşător şi supraexcitant; înainte ca toate acestea să înceapă să se cristalizeze, pot exista momente de senzaţii fizice plăcute — momente care pot chiar să se intersecteze cu fantasme specifice anterioare abuzului. Exact de aceste momente extrem de efemere se agaţă cu tenacitate supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie, ca de un testament viu al eternului ei sentiment de ruşine, putreziciune, umilinţă şi damnare. Este dovada ei de complicitate şi participare inconştientă la groaznicele întâmplări. Aceste temeri îngrozitoare de complicitate şi vinovăţie sunt întărite când amintiri atât de vagi şi de îndepărtate sunt susţinute de conştientizarea

actuală a unei vieţi sexuale sau fantasmate de natură sadomasochistă, când acte autodistructive dureroase sau situaţii periculoase provoacă pacientei o hiperexcitaţie intensă. Acest lucru se întâmplă la apariţia ciclului toxic şi rapid ascendent de anxietate care conduce la frică, escaladează la hiperexcitaţie, în cele din urmă erotizată, care conduce la vinovăţie şi umilinţă şi care generează niveluri încă şi mai ridicate de groază şi hiperexcitaţie, de asemenea erotizate, şi aşa mai departe — toate acestea într-un context lipsit de persoane care să liniştească sau să conţină sau lipsit de reprezentările mentale ale persoanelor care în trecut contribuiau la liniştire şi conţinere. Este posibil în cele din urmă, deşi acesta este un subiect pentru cercetări viitoare, ca exact capacitatea de a evoca astfel de reprezentări

liniştitoare ale sinelui alături de altul, într-o atmosferă de siguranţă şi conţinere, să fie ceea ce îi protejează pe cei ce nu au suferit asemenea traume legate de obiect, de stări de escaladare a hiperexcitaţiei precum cele descrise aici. Cu siguranţă, analiştii au admis de multă vreme o conexiune informală între percepţiile timpurii ale părinţilor de către bebeluşi şi anumite funcţii de autoreglare a Eului. Deşi analiştii au înţeles această legătură în termenii identificărilor şi internalizărilor transmutative, nu ar fi oare posibil ca însăşi capacitatea de a evoca imagini liniştitoare ale sinelui împreună cu obiectul să se dovedească a avea un puternic impact asupra mecanismelor fiziologice care controlează excitaţia şi reactivitatea?

Hiperexcitaţia în transfer–contratransfer

Pentru supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual traumatic din copilărie,

stabilirea unor tipare repetitive de automutilare devine reprezentarea internalizată şi atotprezentă a sinelui abuzat într-o relaţie perpetuă, fără sfârşit, cu persoana (persoanele) abuzivă(e). Implicându-se în lupte interminabile pentru a se proteja de ceea ce este perceput ca o pornire copleşitoare de a se răni şi autopedepsi, supravieţuitoarea adultă trăieşte, în esenţă, experienţele originale de abuz, continuu, în fiecare zi a vieţii ei, rămânând cel puţin parţial absorbită de distribuţia de personaje în jurul cărora s-a organizat şi s-a clivat în formă disociată sistemul internalizat de reprezentări ale sinelui şi ale obiectului al copilului abuzat. Victima, abuzatorul, salvatorul idealizat, precum şi numeroase alte persoane cu ochii acoperiţi, care au eşuat în responsabilităţile lor de protejare a copilului, vin în prim-planul vieţii pacientei odată cu trezirea fiecărui gând autodistructiv şi mai ales automutilant. Pe măsură ce acest sistem al sinelui şi al celorlalţi se cristalizează în primplan, pe măsură ce pacienta luptă împotriva comportamentelor ei autodistructive, încercând să controleze crestările, arsurile, mâncatul compulsiv şi purgarea care fac ravagii în existenţa ei de zi cu zi, aceeaşi stare de hiperexcitaţie fiziologică şi erotizare anticipativă dramatică pe care am descris-o este declanşată simbolic. Majoritatea pacientelor nu numai că sunt uluite de legătura dintre automutilare şi receptivitatea sexuală, ci o iau şi ca pe o dovadă în plus a vinovăţiei, responsabilităţii şi perversităţii lor absolute. De obicei sunt incapabile chiar să o verbalizeze şi peste măsură de îngrozite să spună acest lucru

terapeutului.

O reîntărire suplimentară a acestui proces sinergic şi ascendent decurge din faptul că, pe măsură ce paradigmele de transfer–contratransfer devin declanşatoare

ale senzaţiilor somatice încorporate în relaţia pacientei cu abuzatorul/abuzatorii ei, ea va trăi aceste episoade de hiperexcitaţie erotizată şi faţă de terapeut. Pentru multe dintre supravieţuitoare, acesta este aspectul cel mai insuportabil al repunerii în scenă în terapie şi poate conduce la încheieri abrupte, la amplificarea abuzului de sine sau la comportamente suicidare dacă nu sunt interpretate şi perlaborate în timpul şedinţelor. Din cauza incapacităţii victimei abuzului de a-şi regla stările de excitaţie şi din cauza faptului că majoritatea acestor stări devin sexualizate, orice sentiment de intensificare în cadrul terapeutic poate genera astfel de reacţii erotice faţă de terapeut, chiar o intensificare a sentimentelor pozitive şi de iubire din interiorul diadei. Cu toate acestea, excitaţia care însoţeşte reapariţia în transfer a introiectului sadic reprezintă tot ceea ce este mai profund ruşinos şi, simultan, mai greu de înţeles şi mai dezorganizant. Să fii furioasă pe terapeut şi excitată sexual în acelaşi timp, aceasta îi confirmă pacientei cele mai rele temeri ale ei de perversitate oribilă. La fel, ipostaza de a fi excitată sexual atunci când terapeutul a fost plasat într-o poziţie de furie înfricoşătoare. Să ne întoarcem la Tracey, cu o vinietă care sperăm că va clarifica unele dintre aceste chestiuni.

Tracey a venit într-o zi furioasă la şedinţă, deoarece terapeuta, care de obicei răspundea la apelurile ei telefonice „de urgenţă", nu făcuse acelaşi lucru în seara de dinainte. Terapeuta se aştepta la o reacţie fie mânioasă, fie depresivă, dar nu la ceea ce a urmat. Cuvintele pacientei transmiteau sentimentul că nu este îngrijită şi iubită de terapeută şi convingerea că grija arătată de terapeută era o minciună, ca a tuturor. Zicea că s-ar sinucide, că nu merită să trăiască, că era prea singură şi

neiubită şi că nu mai suporta să trăiască aşa. Zicea că decisese că era timpul să moară şi, deşi nu a exprimat explicit acest lucru, a transmis limpede că ceea ce „o făcuse să se decidă" fusese faptul că terapeuta nu-i răspunsese. Era ca şi cum această singură greşeală, acest incident unic, şterse toate experienţele pozitive de dinainte, un exemplu clar de clivaj în transfer. Deşi

Tracey era clar supărată pentru ceea ce se întâmplase şi deşi se simţea tristeţe şi depresie în cuvintele ei, dispoziţia ei nu era deprimată. În fapt, părea chiar vizibil însufleţită de furia ei. Avea o energie aproape frenetică, de neconţinut, şi totuşi plăcută într-un mod ciudat pentru pacientă, care simţea evident că în jocul ei de-a prinselea o pusese pe terapeută într-o poziţie vulnerabilă. Părea nerăbdătoare, dincolo de cuvinte, să-şi obţină porţia de pradă şi fusese limpede încă de la început că avea să-i placă procesul.

La început, analista a trecut direct la agenda terapeutică, încercând să scoată în evidenţă atât momentele când îşi dezamăgise pacienta, cât şi multele momente în care de fapt „fusese la dispoziţia ei", coexistenţa sentimentelor de iubire şi de ură şi încrederea ei că pacienta le putea trăi pe ambele fără să distrugă sau să fie distrusă. Deşi interpretarea a sunat corect, pacienta a devenit şi mai excitată, mai abuzivă şi mai lipsită de control. Terapeuta încerca evident să se apere şi aceasta nu făcea decât să amplifice sentimentul de plăcere sadică al pacientei în identificarea sa cu propriul ei agresor. S-a prăbuşit într-un fotoliu, cu rochia neagră, altfel decentă, căzută seducător de pe un umăr, cu geanta gen rucsac în braţe. A aruncat un zâmbet de triumf înfricoşător şi a început să respire vizibil mai greu:

PACIENTA: Vreau să-ţi spun că am o armă în geantă (îşi bagă ambele mâini înăuntru) şi am de gând să mă împuşc cu ea astăzi, înainte de a pleca din cabinetul tău. Îmi pare rău că trebuie să fac asta, dar nu îmi dai nicio opţiune. M-ai minţit şi m-ai amăgit pentru ultima oară.

TERAPEUTA: Înţeleg... [Terapeuta simte că inima a început să-i bată foarte repede şi că este copleşită de groaza momentului. O cunoaşte pe pacientă de multă vreme şi se îndoieşte că are o armă, dar totuşi este o pacientă cu un istoric lung de comportament autodistructiv şi cu siguranţă nu este exclus să spună adevărul. Neavând ceva inteligent de spus, terapeuta alege să se ocupe de nevoia evidentă de a conţine comportamentul scăpat de sub control al pacientei.] Ştii că n-o să te las să-ţi faci rău în cabinet. Şi ştii şi că nu ai voie să aduci o armă aici. Trebuie să discutăm serios despre felul în care pui la încercare trăinicia relaţiei noastre în momentul acesta. Este limpede că vrei să vezi cât de departe pot să merg şi crede-mă că nu voi merge atât de departe!

PACIENTA: Nu-mi mai pasă ce vrei tu, nenorocito! Hai, încearcă să mă opreşti. [Pacienta aproape că începe să se contorsioneze în fotoliul ei, o invită

pe terapeută să-i smulgă geanta, să încerce să o împiedice fizic. Respiră accelerat şi îşi mişcă şoldurile într-un fel deosebit de erotic.] Acum încarc arma. [Îşi mişcă mâinile în geantă.] Hai să vedem de câte gloanţe am nevoie.

[Respiraţia terapeutei se accelerează şi ea. Se simte înfricoşată şi neajutorată. Speră că, dacă va găsi exact cuvintele potrivite, interpretarea potrivită, va putea conţine comportamentul pacientei şi va putea răsturna ceea ce se întâmplă în şedinţă.

Dar se simte incompetentă şi nepregătită pentru această sarcină. Poate că pacienta asta e prea mult pentru ea. Cu toate acestea, se simte clar însufleţită, alertă, în formă şi chiar uşor excitată sexual, spre groaza şi ruşinea ei de moment. Odată ce îşi dă seama de acest lucru apare şi o licărire a paradigmei de transfer–contratransfer care se repune în scenă în acest moment şi a unei schimbări evidente de tactică cu pacienta.]

TERAPEUTA: Mi-aş dori să ştiu ce să-ţi spun... dacă aş putea fi suficient de bună şi de isteaţă, şi de deşteaptă, atunci poate că aş putea spune ceva... poate că aş putea să spun sau să fac exact ce trebuie, iar tu nu ai face lucrurile astea groaznice.

PACIENTA: [Priveşte pentru o clipă confuză şi derutată.] Ce spui acolo, ticăloaso, nu încerca să mă bagi în ceaţă... şmecheră mică ce eşti... foarte alunecoasă...

TERAPEUTA: Te auzi cum vorbeşti chiar ca mama ta acum? „Curviştină", aşa îţi zicea, nu? Cred că îmi arăţi în cel mai intens mod posibil cum era când mama te aţâţa şi te chinuia exact aşa cum mă aţâţi şi tu mă chinui pe mine.

Cu o mişcare evident inconştientă, pacienta îşi trage înapoi rochia peste umeri. Acest lucru îi semnalează terapeutei că este pe calea cea bună şi că pacienta se simte mai conţinută, mai puţin anxioasă şi, prin urmare, mai puţin excitată. Poate este şi un început de schimbare în relaţiile disociate cu sinele şi cu obiectul disponibile pacientei şi terapeutei.

TERAPEUTA: Nu ştiu ce e adevărat şi ce nu. Nu ştiu dacă o să faci lucrul acesta groaznic sau nu. Nu ştiu dacă tu eşti groaznică cu ameninţările astea abuzive sau dacă eu sunt groaznică pentru că te forţez să faci asta.

PACIENTA: Nu sunt abuzivă. Tu eşti. Tu nu m-ai sunat înapoi. Nu întoarce totul împotriva mea aşa cum făcea ea... ăsta e abuz.

TERAPEUTA: Aici sunt de acord cu tine şi nu încerc să dau vina pe tine... Nici nu cred că vreuna dintre noi e de vină. Eşti furioasă pe mine... foarte furioasă... poate pe bună dreptate... poate nu... dar acum asta pare mai puţin important decât ceea ce faci cu furia asta. Vorbeşti ca mami. Cred că aceasta este mami care trăieşte în tine. Iese la lumină când eşti furioasă... Mă ameninţă şi te ameninţă şi pe tine... ca atunci când vrea să-ţi faci rău... Cred că vrei să te ajut s-o stăpâneşti, ca să înveţi să faci asta când eu nu sunt prin preajmă. Este foarte înspăimântătoare şi foarte derutantă şi foarte malefică şi, trebuie să spun, nu puţin excitantă.

PACIENTA: Excitantă? Cum adică excitantă?

TERAPEUTA: Când erai aşa de furioasă şi ai început să provoci şi să aţâţi, pentru o clipă m-am gândit că era ceva sexual în toată chestia asta.

PACIENTA: E dezgustător... cât de perversă poţi să fii... tu ar trebui să mă ajuţi... întâi zici că o las pe mami din mine să iasă la lumină... apoi spui că te excită. Dumnezeule! Nu eşti cu nimic mai bună decât ea! [Pacienta începe iar să respire greoi, se foieşte în fotoliu şi îşi zgârie agitat încheieturile mâinilor.]

TERAPEUTA: Asta cred că e ideea... Mă port exact cum se purta ea... şi

exact asta faci şi tu... împreună recreăm ce se întâmpla între tine şi mami... Te teroriza şi, cu cât erai mai speriată, cu atât era ea mai excitată... Ai văzut asta, poate că atunci nu ştiai să o spui cu cuvinte, dar puteai vedea... i-ai spus „sclipirea ciudată din ochii ei"... ziceai că respira straniu... frica ta o excita sexual... şi cu cât erai tu mai speriată, cu atât se excita ea mai tare. Corpul tău nu avea cum să nu răspundă prin hiperexcitaţie... de toate felurile... la genul acela de provocare sexuală... la fel cum nici al meu nu a putut. Cred că spui că sunt dezgustătoare pentru că ai trăit întotdeauna cu teama că a fi excitată sexual însemna că ţi-a plăcut ce se întâmpla.

PACIENTA: Deci acum ştii... desigur, probabil că mi-am dorit... altfel nu aş fi reacţionat în felul acela... corpul meu n-ar fi făcut ce făcea.

TERAPEUTA: Şi cred că simţi asta chiar mai intens uneori aici în cabinet, când ne certăm şi începi să te simţi prea excitată... sau şi atunci când eşti acasă şi îţi faci rău...

PACIENTA: [Plângând acum] Bine, nu tu eşti, eu sunt, opreşte-te... Eu sunt cea dezgustătoare. Ştiu asta. Nu sunt proastă. Am ştiut asta tot timpul.

TERAPEUTA: Dar nu este dezgustător... şi nu înseamnă că tu ai vrut ca mama să-ţi facă toate chestiile pe care ţi le făcea....

PACIENTA: [Pacienta ridică ochii, se opreşte din plâns, nu-şi mai zgârie încheieturile, pare că ascultă cu adevărat pentru prima oară în această şedinţă.]

TERAPEUTA: Sigur că te excitai. Vaginul e un loc plin de terminaţii

nervoase; masezi vaginul unei fetiţe şi el reacţionează; dar asta nu înseamnă că tu erai excitată în toţi anii aceia şi eşti şi acum pentru că îţi plăceau lucrurile pe care ţi le făcea mami. Li se întâmplă tuturor copiilor care au fost abuzaţi atât de rău... îţi stimula vaginul în timp ce te speria de nu mai ştiai de tine şi te înfuria dincolo de cuvinte, de atât de multe ori şi fără încetare, încât groaza şi sentimentele sexuale şi furia s-au amestecat laolaltă. Acum vin la pachet... e aproape imposibil să le deosebeşti. Acum, când ceva te sperie, te şi excită; când te exciţi, te şi sperii şi ai senzaţia că urmează să se întâmple ceva rău. Toate astea te înfurie şi când se termină rămâi exact cu sentimentele confuze pe care le-am trăit amândouă în şedinţa asta.

Această vinietă deosebit de dramatică ne ajută să elucidăm cum o astfel de reacţie de transfer–contratransfer poate declanşa stările descrise, şi, totodată, transmite înţelegerea felului în care interpretarea activă a repunerii în scenă a unor paradigme relaţionale poate ajuta la dezamorsarea unor astfel de momente extrem de complicate din terapie. Trebuie menţionat că acest moment vine dintr-un stadiu avansat în terapia lui Tracey, în care era capabilă să tolereze acest nivel de travaliu interpretativ. Este un exemplu pentru genul de travaliu analitic ce poate şi trebuie să aibă loc cu supravieţuitoarele adulte. Totuşi, e de subliniat că terapeutul trebuie să evalueze capacitatea pacientei de a suporta o astfel de intensitate în faze anterioare ale terapiei.

Analgezia indusă de stres

Ca şi cum acest ciclu de groază, hiperexcitaţie şi abuz nu ar fi fost îndeajuns de derutant, mai există o complicaţie înnebunitoare. Din cercetările pe animale ştim că organismele expuse la traume inevitabile, paradigma experimentală care se consideră că este cel mai asemănătoare abuzului cronic din copilărie, dezvoltă analgezie indusă de stres atunci când sunt expuse din nou la stres la scurtă vreme după aceea (Amir et al., 1980; Miczek, Thompson şi Schuster, 1982; van der Kolk, 1989). La oameni, veteranii din Vietnam diagnosticaţi cu TSPT (tulburare de stres posttraumatic) manifestă un efect analgezic (echivalentul unei injecţii cu 8 mg de morfină) după vizionarea a 15 minute dintr-un film de război. Astfel, s-ar părea că un comportament autoabuziv ar produce acelaşi efect ca administrarea de opioide exogene (van der Kolk, 1989). Van Der Kolk (1989) concluzionează:

„Dacă cercetările recente pe animale pot fi un indicator, oamenii, mai ales copiii, care au fost expuşi la stres de mediu sever şi prelungit vor manifesta o creştere extraordinară a răspunsurilor catecolaminei şi opioizilor endogeni la stres ulterior. Reacţia opioizilor endogeni poate produce atât dependenţă, cât şi fenomene de sevraj asemănătoare celor la opioide exogene. Acest lucru ar explica, în parte, de ce trauma din copilărie este asociată cu comportament autoabuziv ulterior. În funcţie de stimulii care au ajuns să condiţioneze o reacţie opioidă, comportamentul autoabuziv poate include relaţiile cronice cu parteneri abuzivi, masochism sexual, autoînfometare şi violenţă împotriva propriei persoane sau a altora (pp. 401–402)".

Prin urmare, deşi am arătat cum *anticiparea* automutilării declanşează o

stare de hiperexcitaţie, dezorganizare şi suprastimulare erotică, actul abuziv *în sine* poate ajunge să servească drept stimul condiţionat pentru eliberarea de opioide endogene care vor avea ca efect tranchilizarea şi relaxarea pacientei lipsite de control. Majoritatea pacientelor ne spun că se simt mai bine după ce îşi fac tăieturi sau arsuri. Ele descriu un tipar în care reacţia la traumă este declanşată de un eveniment intern sau interpersonal, reacţia de hiperexcitaţie se acumulează până la un nivel incontrolabil şi insuportabil, fac un gest de automutilare şi odată cu durerea vine şi eliberarea urmărită, de excitaţie insuportabilă. Actul autoabuziv este urmat de o senzaţie de calm. Natura fiziologic adictivă a majorităţii comportamentelor de automutilare şi legătura

dintre o astfel de simptomatologie şi istoricul de abuzuri şi violenţă în copilărie sunt acum componente acceptate ale lucrărilor despre stresul posttraumatic, dar ele nu au fost încorporate în modul nostru de a înţelege procesul psihanalitic cu paciente compulsiv autoabuzive (Graff, Mallin, 1967; Pattison şi Kahan, 1983; Rosenthal, Rinzler şi Wallsh, 1972; van der Kolk, Herman şi Perry, 1987).

Este obligatoriu ca terapeutul să explice pacientei acest proces de dependenţă de comportamentul autoabuziv şi legătura dintre acesta şi evenimentele traumatice din copilărie, în paralel cu tipurile de interpretări intrapsihice ale autoabuzului descrise. O astfel de înţelegere din partea pacientei serveşte unui dublu scop. În primul rând calmează, prin intermediul unui fel de normalizare biologică, ruşinea şi

umilinţa profundă care însoţesc majoritatea gesturilor compulsiv autoabuz şi o încurajează pe pacientă să-şi integreze simptomele autoabuzive în dialogul terapeutic, fără să retrăiască aceeaşi ruşine şi degradarea în transfer. Dat fiind că o astfel de trăire în transfer poate singură să declanşeze un ciclu de de puneri în act *(acting-out)* autoabuzive, o astfel de scurtcircuitare a acestei puneri în scenă *(enactment)* va contribui în mare măsură la facilitarea unui mediu susţinător mai sigur pentru pacientă. În al doilea rând, prin încurajarea pacientei să vorbească în şedinţă despre acţiunile ei automutilante, o astfel de înţelegere a acestora le va permite pacientei şi terapeutului să exploreze împreună alte forme de comportamente de autoliniştire la care pacienta poate apela în momente de presiune extremă. Aceste opţiuni terapeutice vor fi discutate în secţiunea următoare.

În sfârşit, numai în contextul unei perlaborări detaliate a paradigmelor relaţionale implicite în declanşarea şi escaladarea stărilor de hiperexcitaţie şi în clarificarea dependenţei fiziologice şi psihologice de menţinerea unor astfel de comportamente, violenţa incurabilă şi periculoasă vizibilă în punerile în act ale supravieţuitoarelor adulte va începe să cedeze locul unor adaptări mai sănătoase.

Implicații terapeutice

Este de la sine înțeles că episoadele de comportament violent sau autoabuziv

vor atrage după sine puternice reacţii contratransferenţiale, implicându-l pe terapeut în repuneri în scenă, adeseori dramatice, ale paradigmelor relaţionale cu care supravieţuitoarea adultă îşi structurează lumea obiectelor interne şi relaţiile ei

interpersonale externe. În astfel de repuneri în scenă sunt inerenţi germenii unei lupte pentru putere asupra corpului şi minţii pacientei. Această luptă, altădată pierdută de copilul abuzat, poate fi dusă până la moarte sau aproape de ea de către supravieţuitoarea adultă, convinsă că menţinerea controlului asupra propriei ei persoane este mai importantă decât orice alt motiv din viaţa ei. Terapeutului care lucrează într-un cadru de referinţă psihanalitic îi va fi greu să-şi menţină neutralitatea împotriva forţei unor astfel de atacuri atât de violente. În cele din urmă el va fi obligat să acţioneze şi, făcând acest lucru, va deveni participant la punerea în scenă a pacientei.

În măsura în care terapeutul rămâne neutru, devotat unui rol pur interpretativ în acest proces, este aproape inevitabil că va fi privit ca punând în scenă rolul părintelui neimplicat care, implicit sau explicit, a permis abuzul copilului stând şi nefăcând nimic. Într-o astfel de situaţie, pacienta va plusa, amplificând violenţa şi gradul de pericol al comportamentului ei până când terapeutul va face ceva pentru a încerca să controleze situaţia. Chiar şi analişti foarte experimentaţi au fost îndreptaţi către ceea ce poate fi considerat doar comportament „contraabuziv“ în încercarea de a controla escaladarea violenţei pacientei în şedinţă. Deşi menţinuseră, până la un punct, o poziţie pur interpretativă şi asistaseră neajutoraţi la violenţa din ce în ce mai incontrolabilă a pacientei, s-au trezit evident în rolul victimei care-şi înfruntă agresorul cu un sentiment crescând de disperare şi furie. Descriind terapia cu o supravieţuitoare adultă, un analist experimentat îşi amintea vinovat cum „se luase practic la trântă cu ea”, încercând să-i smulgă un flacon de pastile letale pe

care ameninţa că o să le înghită în cabinet. „Eram convins“, spunea el, „că avea să înghită porcăriile alea şi că acesta era singurul mod de a-i salva viaţa. Când i le-am smuls, s-a uitat triumfătoare la mine şi mi-a zis: «Hai, loveşte-mă. Ştii că era doar o chestiune de timp»” Aici, încercarea terapeutului de a menţine o poziţie de neutralitate a atras după sine un atac amplu al introiectului sadic internalizat pentru a-l implica într-o repunere în scenă

complet disociată a abuzării ei fizice violente de către mama ei ieșită din minți.

În măsura în care terapeutul rămâne detașat de violența supraviețuitoarei, el poate repeta indisponibilitatea părintelui neglijent sau poate favoriza un episod de disociere și identificare proiectivă în care el repune în scenă teroarea și neajutorarea pacientei în fața unui agresor scăpat de sub control.

Pe de altă parte, terapeutul care se grăbește să încerce să oprească violența pe care pacienta și-o provoacă, pune la încercare dreptul adultului de a avea control autonom asupra propriei persoane. În acest caz, terapeutul va fi probabil perceput în paradigma de transfer–contratransfer ca un obiect intruziv și exercitând un control abuziv, care, din lipsă de empatie, nu înțelege faptul că rănile autoprovocate oferă atât putere, cât și sedare adictivă. Au un efect plăcut. Adeseori, terapeutul nerăbdător să facă o înțelegere cu pacienta cu scopul încetării totale a comportamentului autoabuziv este văzut ca părintele intruziv care interzicea masturbarea sau alte forme de comportament de autoliniștire.

Mama lui Arlene o molesta sexual pe aceasta ori de câte ori o prindea masturbându-se în pat. „Îmi băga ceva acolo ca să mă împiedice să mai fac asta și apoi

îmi lega mâinile la spate. Trebuia să mă chinui să adorm așa. Nu puteam opri pulsația vaginului... știam că sunt rea dacă mă simțeam în felul acela... că voiam să mă ating... dar știam că doar atingându-mă puteam opri sentimentul acela.“ Acesta este un exemplu tipic al atacului părintelui abuziv sexual: să supraexcite, să proiecteze vina și responsabilitatea și, în cele din urmă, să interzică comportamentul de autoliniștire. Arlene ajunsese să-și taie venele compulsiv, începând din adolescență. Pe măsură ce, împreună cu terapeuta ei, se lupta să recupereze amintirile și să pună laolaltă fragmentele poveștii ei, acest comportament s-a amplificat într-o proporție alarmantă. Încercarea frenetică a lui Arlene de a-și păstra dreptul de a se angaja în astfel de acțiuni a devenit în mod evident echivalentul simbolic al nevoii ei de a se masturba în ciuda interdicțiilor mamei și de a o face, transferențial, chiar sub ochii terapeutei, văzută ca mama ce-și exercita controlul într-un mod intruziv. Interpretarea acestei repuneri în scenă n-a reușit să oprească sau să diminueze autodistructivitatea. În fapt, interpretarea în sine a devenit „obiectul din

vagin”, introdus artificial şi supraexcitant. Pacienta a reuşit să se distanţeze de situaţia de pericol abia atunci când această interpretare a repunerii în scenă s-a cuplat cu recunoaşterea de către terapeută a faptului că acest comportament autoabuziv era, de fapt, liniştitor pentru Arlene şi că ea îl folosea adesea pentru a-şi stăpâni sentimentele de panică şi neajutorare crescândă, pentru a se putea distanţa de situaţia periculoasă. În acel moment, pacienta şi terapeuta au putut colabora pentru a găsi alte căi de autoliniştire care să aibă un pericol letal mai scăzut. În cazul lui Arlene, medicaţia temporară, urmată de învăţarea unor tehnici specifice comportamentale

şi de autorelaxare au rupt ciclul care devenise atât de adictiv înrădăcinat. Abia atunci când comportamentul de tăiere a încheieturilor mâinii nu a mai servit drept comportament adictiv de autoliniştire, pacienta a putut încorpora interpretativ puterea sa simbolică şi inserarea sa în repunerea în scenă din transfer–contratransfer.

Aşa că aici, ca terapeuţi, dansăm pe ace, încolţiţi înnebunitor între pericolele reacţiilor insuficiente sau excesive la comportamentul violent al pacientei. Presupunem, aşa cum am făcut tot timpul, că vom cădea pradă ambelor extreme ale valenţei contratransferenţiale. Abia atunci când o dezamăgim pe pacientă îi dăm posibilitatea să modifice matricele disociate ale paradigmelor relaţionale care i-au devenit zestre unică. Cu toate acestea, suntem perfect conştiente că în acest caz particular al repunerii în scenă ne mişcăm dinspre simbolic spre periculos de concret. Este important să ne reamintim că, faţă de femeile neabuzate, supravieţuitoarele abuzului sexual sunt de două–trei ori mai predispuse la încercări serioase de sinucidere (Bagley şi Ramsay, 1986; Briere şi Runtz, 1986). Tendinţele lor suicidare trebuie, prin urmare, luate în serios.

Cel mai eficient ni s-a părut să combinăm interpretarea activă a dilemei terapeutului, adică a avea o reacţie fie insuficientă, fie excesivă şi paradigmele de transfer–contratransfer rezultate, cu recunoaşterea trăsăturilor fiziologic şi psihologic adictive ale comportamentului în sine. Cele mai mari succese în a le ajuta pe paciente să-şi controleze comportamentul autoabuziv le-am avut atunci când interpretarea tiparelor relaţionale apărute a fost însoţită de recunoaşterea dependenţei

pacientei şi de eforturi active de a căuta împreună substitute graduale pentru

această activitate de autoliniştire. În astfel de situaţii facem mari eforturi de a ne informa pacientele cu privire la ultimele cercetări legate de procesele fiziologice care stau la baza dependenţei de autoabuz. Admitem potenţialul de liniştire al acestuia şi încercăm să găsim alte moduri în care pacienta poate ajunge la rezultate identice sau similare. Astfel de metode diferă de la pacientă la pacientă, dar, în experienţa noastră, au inclus meditaţia, autohipnoza, yoga, ţinerea unui jurnal, cântatul sau ascultatul de muzică relaxantă, desenul, pictura ş.a.m.d.. Lupta sadomasochistă pentru control dintre pacientă şi terapeut este înlocuită de un efort comun de a controla comportamentul periculos de punere în act al introiectului abuziv disociat. Cu toate acestea, dorim să subliniem că o astfel de înlocuire a comportamentelor autoabuzive descrise cu forme mai adecvate de autoliniştire nu este un proces simplu. O astfel de schimbare poate lua ani de interpretare activă, de conţinere şi efort — cu multe, multe eşecuri pe parcurs. Poate fi util de reţinut că, atunci când terapeutul este mai furios şi mai exasperat decât oricând de pacienta scăpată abuziv de sub control, când se simte extrem de provocat şi de chinuit şi se află în pragul tuturor formelor de contraabuz, el se luptă de fapt cu un aspect disociat al identificării pacientei cu propriul ei agresor. În spatele pacientei provocatoare şi scăpate de sub control se află o copilă îngrozită şi abuzată, care aşteaptă să i se arate o cale de ieşire din coşmarul ei nesfârşit de violenţă şi pericol de moarte.

Vor fi, din nefericire, multe momente, mai ales cu pacientele care au fost abuzate cu un sadism extrem, în care toate încercările de interpretare vor eşua, iar

comportamentul pacientei va atinge cote de pericol letal. În acest caz este mai bine ca terapeutul să acţioneze în direcţia luării oricăror măsuri care devin necesare pentru a proteja viaţa pacientei. În cele din urmă, este responsabilitatea terapeutului de a-i arăta pacientei că va lua orice măsuri care sunt necesare pentru a pune punct abuzului ei. Prin conţinerea intenţiilor letale ale introiectului sadic, terapeutul comunică simbolic pacientei că nu va lăsa ca viaţa ei să fie pusă în pericol, că va fi alături de ea şi va face tot ceea ce este necesar pentru a o proteja de agresorul ei — acum, desigur, disociat şi internalizat.

Dacă pacienta nu poate sau nu vrea să-şi limiteze punerile în scenă care îi pun

viaţa în pericol, ar putea fi nevoie de spitalizare. În mod ideal, terapeutul va menţine legătura terapeutică cu pacienta pe parcursul spitalizării. Când pacienta este externată, este vital ca terapeutul să urmărească reacţiile transferenţiale faţă de spitalizare. A fost clinicianul perceput ca un abuzator crud, răpindu-i pacientei libertatea prin plasarea ei în captivitate? Sau el pare a fi un părinte puternic şi plin de resurse, capabil să-şi protejeze pacienta atunci când ea nu se poate proteja singură? Inevitabil, se va discuta despre un amestec de reacţii pozitive şi negative.

Ori de câte ori Diana se simţea abandonată de terapeut sau de altă persoană din viaţa ei, se liniştea plimbându-se singură, noaptea, prin Central Park din New York, de la capătul dinspre est până la cel de vest şi înapoi, pe aleile secundare şerpuitoare. Când Diana i-a descris acest obicei terapeutei, aceasta din urmă i-a semnalat caracterul inerent sinucigaş al acestui comportament. A comentat că era doar o chestiune de timp până când Diana avea să fie agresată, bătută, violată sau

ucisă într-una dintre plimbările ei nocturne. Mai mult decât atât, terapeuta i-a sugerat pacientei că, dacă nu-şi putea limita acest comportament, trebuia să ia în considerare spitalizarea pentru a putea continua terapia. Pacienta s-a înfuriat, amintindu-şi cum întotdeauna fusese considerată „nebuna" familiei. La un nivel mai profund, se temea că terapeuta avea să o alunge din terapie pentru că îi vorbise despre abuz. Cu toate acestea, Diana s-a simţit şi uşurată de poziţia clară şi fermă a terapeutei, iar plimbările ei nocturne nu s-au mai repetat.

De o poziţie activă asemănătoare este nevoie atunci când supravieţuitoarea se angajează în puneri în scenă care prezintă un pericol iminent la adresa sănătăţii ei şi a disponibilităţii ca pacientă. Supravieţuitoarea care face abuz cronic de alcool sau de substanţe trebuie să accepte să participe la un program de reabilitare în 12 paşi în vederea menţinerii stării de luciditate. O supravieţuitoare care este bulimică sau anorexică trebuie să fie de acord să vadă un medic care să-i monitorizeze simptomele fizice şi viabilitatea. Din nou, este important să se urmărească reacţiile transferenţiale la insistenţele terapeutului cu privire la aceste tratamente auxiliare.

În sfârşit, terapeutul trebuie să ia o poziţie activă şi fermă ori de câte ori un pacient dezvăluie că un copil este abuzat. Abuzul trebuie raportat la instituţia

locală sau guvernamentală responsabilă. De fapt, poate fi o experienţă reparatorie şi terapeutică pentru supravieţuitoare să raporteze chiar ea faptul, dacă doreşte. Tot timpul, mesajul clinicianului este că terapia cu supravieţuitoarea va continua doar în cazul încetării abuzului şi al protejării copilului. Aici este important de avut în vedere tot timpul identificarea absolută a pacientei cu propria ei victimă. Această

poziţie terapeutică îl diferenţiază limpede pe terapeut de alte persoane din viaţa pacientei, care este posibil să fi permis pasiv ca abuzurile fizice sau sexuale să continue de-a lungul anilor. Comunică pacientei angajamentul terapeutului de a-l proteja pe copilul neajutorat, fie el disociat şi internalizat, fie disociat şi proiectat asupra unei alte victime inocente, şi subliniază imperativ că ciclurile de violenţă abuzivă pot şi trebuie oprite.

Terapeuţii care se confruntă în mod repetat cu supravieţuitoare cu puneri în scenă violente trebuie să aibă o toleranţă considerabilă la haos şi la sadism exprimat disociativ, clivat şi comportamental. Trebuie să poată suporta, uneori pentru perioade prelungite de timp, sentimente intense de şoc, frică, furie neputincioasă şi potenţial dezastru iminent, asemănătoare în mare măsură cu cele pe care supravieţuitoarea le-a trăit, copil fiind, în relaţia cu agresorul ei. Mai mult decât atât, ei trebuie să fie dispuşi să se confrunte ferm şi activ cu puneri în scenă cu potenţial letal, un nivel de activitate ce poate fi neobişnuit pentru unii clinicieni. Suprasolicitarea acestui travaliu nu trebuie subestimată; poate fi extenuantă, dezorganizantă şi epuizantă emoţional. Este extrem de util ca terapeuţii care lucrează cu paciente care recurg la puneri în scenă violente să se consulte regulat cu colegi cărora acest tip de paciente le este familiar, căci izolarea nu face decât să crească presiunea sub care lucrează clinicianul, precum şi responsabilitatea copleşitoare şi vinovăţia potenţială.

CAPITOLUL 8

Impactul traumei asupra transferului și contratransferului

Există patru complicații traumatogene majore ale analizei transferului și contratransferului în terapia cu supraviețuitoarele adulte ale incestului și abuzului sexual din copilărie. Prima este gradul în care aceste paciente se prezintă cu experiențe dezorganizate, nesimbolizate, care încep să apară în timpul terapiei, speriindu-le și derutând-le și amenințând continuarea terapiei. A doua complicație este legată de utilizarea de către supraviețuitoare a disocierii ca metodă de coping, de apărare și de comunicare. În al treilea rând, există structura defensivă mai generală, comună supraviețuitoarelor abuzului sexual — clivaj, negare, punere în act, omnipotență, identificare proiectivă. În sfârșit, există reacții contratransferențiale legate de atitudinea sau experiențele personale ale clinicianului în ceea ce privește trauma și de transferul lui față de teoreticienii și mentorii psihanalitici.

Efectul experiențelor nesimbolizate

Multe supraviețuitoare ale abuzului sexual din copilărie ajung în terapie fără să aibă amintiri conștiente ale abuzului lor sau doar cu imagini vagi, începătoșate. Adeseori, experiențele traumatice rămân dezorganizate și nesimbolizate în psihicul pacientei. Odată ce terapia este demarată și paradigmele de transfer–contratransfer ating un nivel critic de intensitate, aceste amintiri nesimbolizate încep să apară, frecvent sub forma unor reacții neașteptate la stimuli externi. În acest punct,

pacienta se simte adesea literalmente asediată, ca și cum ar fi posedată de afecte terifiante, fără formă, și de senzații corporale pentru care nu are cuvinte și asupra cărora nu este capabilă să aibă niciun control. În termenii lui Fairbairn (1943), pacienta este posedată de întoarcerea iminentă a obiectelor rele care au *hiperstimulat-o cândva* fizic și emoțional și asupra cărora nu avea niciun control. În timpul acestei perioade a terapiei, paciente care funcționau foarte bine în multe zone ale vieților lor pot să manifeste brusc o dezmembrare a funcțiilor Eului, care le dezorganizează și le sperie. În plus, anticiparea de către pacientă a dezorganizării care însoțește apariția amintirilor nesimbolizate este ea însăși trăită ca traumatică și reproduce

anticiparea înfricoșată a abuzului sexual de către copil.

O avocată de mare succes se trezea pe neașteptate că se simțea foarte mică fizic — cam de mărimea unei fetițe de 5 ani — ori de câte ori exigentul partener senior al firmei ei cerea să o vadă. Când intra în biroul lui, mușchii vaginului începeau să i se contracte; era palidă, amețită, tremurândă și îngrozită de un pericol fără nume; era incapabilă să-și regăsească asertivitatea și îndrăzneala obișnuite. Acest lucru a continuat luni de zile, până când a început să-și amintească abuzul sexual al unchiului ei. Tocmai acest unchi o ajutase să obțină funcția actuală; partenerul senior care dintr-odată o îngrozea fusese coleg de facultate cu unchiul ei.

Pentru a aprecia pe deplin puterea acestor amintiri nesimbolizate, este important să le diferențiem de întoarcerea refulatului. Aspectele traumatice ale experiențelor abuzive reprezentate în aceste amintiri nu au fost niciodată simbolizate și apoi refulate. Atât de copleșitoare pentru trup și psihic au fost traumele, încât au

fost trăite ca imense, fără formă, fără nume și îngrozitoare și au fost depozitate neorganizate și nereprezentate. În terapie ele ies la iveală în același fel și devine sarcina terapiei de a o ajuta pe pacientă să le dea nume, formă și să le simbolizeze. Pentru ca acest lucru să se întâmple, pacienta trebuie să rămână în terapie.

Deloc surprinzător, pacienta care se luptă cu aceste experienţe nesimbolizate este adeseori tentată să fugă precipitat din terapie. Pe bună dreptate ea atribuie apariția acestor sentimente și senzații îngrozitoare adâncirii relației terapeutice. Pentru ea, soluția pare simplă: încheie terapia, iar atacurile asupra minții, corpului și funcționării se vor opri și ele. Uneori este utilă interpretarea rolului și semnificației apariției amintirilor nesimbolizate. În acest punct, interpretarea începe să clădească o oarecare înțelegere și un control asupra acestor fenomene; începe să creeze o fisură între trecut și prezent. Cu toate acestea, unele paciente vor opri terapia în acest punct. Cele care rămân vor pune la încercare capacitatea de susținere a terapeutului și a spațiului psihoterapeutic.

În primul rând este importantă asigurarea pacientei de către clinician cu privire la faptul că afectele neorganizate și reacțiile somatice pe care le simte

au o semnificaţie, una pe care împreună, pacienta şi terapeutul, o pot descoperi şi numi. Este util atunci când experienţele nesimbolizate se produc din ce în ce mai mult în cabinet şi din ce în ce mai puţin în viaţa extraterapeutică a pacientei. Această localizare în terapie poate fi susţinută prin solicitarea terapeutului ca pacienta să-şi imagineze şi să retrăiască în cabinet fiecare incident, făcând asociaţii la stimulii perturbatori şi reacţiile rezultate. După cum este de aşteptat, pacientele se opun

adeseori pătrunderii în aceste experienţe şi menţinerii contactului cu ele şi depinde de clinician să încurajeze acest lucru fără să-i ceară pacientei să o facă pur şi simplu.

În timpul acestui stadiu al terapiei mesajele explicite şi implicite din partea terapeutului sunt: (1) că va putea suporta intensitatea şi confuzia experienţelor nesimbolizate ale pacientei, (2) că, spre deosebire de trauma originală, pacienta nu mai este acum singură, (3) că împreună, pacienta şi terapeutul, pot în cele din urmă să simbolizeze ceea ce este, în prezent, lipsit de formă şi (4) că pacienta poate avea control asupra temporizării şi ritmului acestui segment al terapiei. Cu alte cuvinte, terapeutul rămâne consecvent, disponibil, capabil să gândească atunci când capacitatea de a gândi a pacientei este copleşită; capabil să raţioneze, să judece şi să funcţioneze atunci când funcţionarea Eului supravieţuitoarei este copleşită şi disfuncţională. Menţinerea atenţiei, integrării, încrederii şi clarităţii nu este o misiune uşoară pentru terapeutul care lucrează cu o pacientă asediată de amintiri fără formă. Ca şi pacienta, clinicianul va fi tulburat frecvent de trăiri contratransferenţiale înspăimântătoare, difuze, şi de identificări proiective care-i pun la încercare integritatea funcţionării. Noi ne-am simţit, în mod inexplicabil, îngreţoşate, speriate, mai mari sau mai mici, am simţit înţepături, amorţeli ale extremităţilor, dureri de cap, ameţeală, dureri sau contracţii vaginale sau am avut stări de excitaţie sexuală, toate acestea fiind derutante şi străine de o bună funcţionare a Eului. Ca şi pacienta, terapeutul poate fi tentat să „fugă" din terapie retrăgându-se din faţa suprastimulării şi haosului într-o stare de autoprotecţie. Este, desigur, obligatoriu ca

terapeutul să-şi orânduiască abilităţile de observare şi procesare pentru a gestiona şi a conţine aceste reacţii de transfer–contratransfer. Discuţiile cu colegi experimentaţi în acest domeniu oferă adesea conţinătorul atât de

necesar pentru terapeutul care se luptă să-şi susţină şi să-şi conţină pacienta.

Oroarea pacientei în această etapă a terapiei nu trebuie subestimată. Se simte nebună, regresată, dezorganizată, lipsită de control. Speriată fiind, transferul ei trece de la o nevoie crescută faţă de clinician la o neîncredere crescută, cu dorinţa simultană de a evada din situaţia terapeutică. Şedinţele suplimentare sau contactele telefonice între şedinţe sunt adeseori vitale pentru menţinerea funcţiei de susţinere şi conţinere a terapiei. Uneori, doar auzul vocii terapeutului este suficient pentru a o susţine pe pacientă până la următoarea şedinţă. Deşi disponibilitatea crescută a clinicianului este adesea vitală în acest stadiu, există şi riscul ca pacienta să se sperie de dependenţa ei tot mai mare de acesta. Terapeutul menţine acest echilibrul fragil manifestându-şi disponibilitatea constantă, dar fără a interveni prea repede sau prea copleşitor. A oferi prea mult, prea devreme poate fi considerat de către pacientă ca o interpretare că este incapabilă să-şi conţină experienţele menţinându-şi funcţionarea. În acest caz, provocarea pentru clinician este de a fi „suficient de bun" (Winnicott, 1960b).

Deşi trebuie subliniată importanţa capacităţii de susţinere a terapeutului şi transferul corelativ faţă de el în calitate de conţinător în această fază a terapiei, această paradigmă de transfer–contratransfer nu este singura pusă în joc. Nu este ceva neobişnuit ca terapeutul care îşi îndeamnă pacienta să persiste într-o

experienţă copleşitoare, derutantă, să fie văzut ca un abuzator sadic, poate „juisând" la agonia şi neajutorarea victimei. Alteori, terapeutul este perceput ca un adult incompetent, orb şi indisponibil, care nu reuşeşte să-şi salveze pacienta de la victimizări. Chiar disponibilitatea terapeutului poate fi percepută ca o promisiune seductivă de a-i oferi pacientei o compensaţie pentru tot ceea ce a pierdut sau pentru ce a suferit. Clinicianul are, desigur, sentimente complementare de abuz, ineficienţă şi dorinţă de a salva. Ceea ce este provocator cu privire la apariţia paradigmelor de transfer–contratransfer în timpul acestei faze a tratamentului, este faptul că, frecvent, pacienta este la fel de incapabilă să simbolizeze şi să verbalizeze aceste reacţii faţă de terapeut pe cât este de incapabilă să simbolizeze şi să numească amintirile traumatice cu care se luptă. Capacităţile ei de simbolizare sunt temporar cufundate într-un univers amorf şi reacţiile transferenţiale faţă de clinician

devin încă un fir dintr-o materie nesimbolizată. Mare parte din interacţiunea dintre terapeut şi pacientă în acest stadiu este comunicată nonverbal şi este deosebit de important ca terapeutul să fie disponibil şi atent la reacţiile sale contratransferenţiale. Acestea reprezintă harta care îl ghidează prin hăţişurile ascunse ale transferului în această perioadă a terapiei.

Impactul disocierii

O complicaţie la fel de provocatoare în analiza transferului şi contratransferului cu supravieţuitoare adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie este utilizarea de către pacientă a disocierii. Am discutat fenomenologia disocierii şi am afirmat

că succesul terapiei depinde de disponibilitatea analistului de a pătrunde deplin în lumea disociativă a pacientei. În cazul în care clinicianul este dispus să se lase ghidat în felul acesta, Eul copilului abuzat va conduce triada terapeutică (pacienta adultă, sinele copilului abuzat, terapeutul) către magazia de amintiri/afecte a traumei.

Clara, în vârstă de 36 de ani, este supravieţuitoarea unui incest şi a unui abuz fizic absolut îngrozitor care a inclus legare, ardere, sodomizare şi viol. Atunci când sinele disociat al Clarei iese la iveală, împreună, terapeută şi pacientă, procedează la un ritual care semnifică intrarea în depozitul de amintiri, fantasme şi afecte traumatice. Această parte de fetiţă a pacientei îi adresează terapeutei o serie de întrebări: „Ai lanternă? Ai sabie? Ai hartă în caz că ne rătăcim? Ai mâncat la micul dejun?“ Terapeuta răspunde afirmativ spunând, de pildă: „Da, am mâncat şi am prins puteri pentru această călătorie cu tine”.

Liniştit astfel, copilul o „conduce“ pe terapeută de-a lungul unui culoar lung, cu uşi închise de o parte şi de cealaltă, şi în cele din urmă o deschide pe cea de dincolo de ultima în care au intrat. Inevitabil, pacienta retrăieşte atunci un aspect al traumei, resimţind acut durere fizică şi emoţională. Deşi în minte îi vin multe interpretări ale întregului proces şi ale întrebărilor ritualizate (de exemplu, „Ai adus lanterna?” înseamnă „Mă poţi ajuta să luminez experienţele din copilărie?“ şi „Ai sabie?” înseamnă „Ne poţi proteja pe amândouă de toţi cei care ne-ar putea face rău [şi de impulsurile noastre criminale una împotriva celeilalte]?"), terapeuta îşi formulează răspunsuri

care reprezintă în primul rând participarea la drama

pacientei–copil şi abia apoi, dacă se întâmplă vreodată, aduce în conştient anxietăţile încapsulate în aceste interogări. Recomandăm o punere în scenă neinterpretată în acest caz, deoarece sinele–copil traumatizat al pacientei este angajat în ceva nou, încredinţează unei persoane adulte abuzul pe care l-a îndurat, cu riscul de a-l retrăi în procesul clinic.

Odată ce terapeuta a luat decizia de a proceda în felul acesta, complicaţiile de transfer–contratransfer devin vizibile. Una este pluralizarea şi schimbările rapide ale paradigmelor de transfer–contratransfer asociate cu fenomenele disociative. Acestea, la rândul lor, sunt conectate la două surse: schimbări temporale ale dominaţiei fiecărei stări a Eului şi schimbări din interiorul Eului, ca reacţie faţă de terapeută şi faţă de cealaltă stare a Eului.

O pacientă care se prezintă cu două stări autonome de funcţionare a Eului va trece de la o stare la alta în timpul unei şedinţe. Uneori, aceste treceri sunt rapide şi au ca rezultat schimbări caleidoscopice paralele în transfer şi contratransfer. Trecerile pot fi declanşate de apariţia materialului traumatic sau de încercarea de a se apăra de apariţia acelui material. Un exemplu de caz clarifică modul în care se petrece acest lucru. Materialul următor este preluat dintr-o şedinţă a unei paciente al cărei sine disociat al copilului abuzat păstra amintirile şi afectele asociate cu violul tată–fiică. Copilul disociat retrăise mare parte din abuz cu terapeuta, iar pacienta adultă era conştientă de conţinutul traumei, deşi privea cu dispreţ către copilul din ea.

PACIENTA: Am fost la părinţii mei ieri să spăl rufele — mama sunase să se vaite că nu mai fusesem la ei de multă vreme. Cât am stat să se spele rufele, am băut un ceai cu mama şi cu tata.

TERAPEUTA: Şi cum te-ai simţit acolo?

PACIENTA: A fost bine. De ce n-ar fi? De fapt, eram conştientă de cât de încordată sunt în preajma lor. Dar nu ştiu dacă întotdeauna am fost încordată în preajma lor sau dacă mă simt aşa acum din cauza lucrurilor pe care ţi le-am povestit. Sincer, nici nu sunt sigură că e adevărat. Poate că asta te face să juisezi. Şi, chiar dacă nu e minciună, cine ar vrea să ştie chestiile astea? Dacă s-a întâmplat, s-a întâmplat şi gata. Oricum, i s-a întâmplat unei alte părţi din

mine — partea aia dezgustătoare de copil de care vorbeam noi. Probabil că şi-a căutat-o — iar tu crezi că e al naibii de inocentă! Dacă îţi place de ea aşa de mult, de ce naiba n-o adopţi sau ceva de genul ăsta şi să mă lăsaţi în pace, amândouă. [În punctul acesta pacienta începe să plângă, se răsucește pe canapea, se ghemuiește și continuă cu o voce de fetiță.] Am fost atât de speriată când am mers ieri acolo. Tăticul meu e încă foarte răutăcios cu mine — a zis că degeaba m-au trimis la facultate, că ar trebui doar să mă mărit şi să fac încă nişte prostovani ca mine. Mămica doar a râs şi a zis: „Hai, tati, ştii bine că nici tu nu crezi asta. Bea-ţi ceaiul". N-am zis nimic, pentru că nu voiam ca tati să ţipe la mami. Dar aş fi vrut să fiu aici, unde sunt în siguranţă. Aş vrea ca ea/eu să nu mai trebuiască să mergem acolo tot timpul.

TERAPEUTA: Pari foarte speriată când vorbeşti despre cum te-ai simţit cu

mami şi tati. Mă bucur că poţi vorbi despre asta aici.

[Acum pacienta oftează, se îndreaptă pe canapea şi îşi priveşte unghiile.]

PACIENTA: Ce se petrece aici? Sunt atât de confuză! O parte din mine crede că ai dreptate, o altă parte din mine crede că tatăl meu are dreptate. Toată viaţa mea se destramă din cauza presupusei mele terapeute şi a acestei părţi de copil prost din mine — partea de monstru din mine, aş zice. Şi ar trebui să mă simt în siguranţă? Ea crede că ăsta e un loc sigur? Singurul loc cu adevărat sigur este singură la mine acasă, în apartamentul meu, cu absolut nimeni în preajmă.

TERAPEUTA: Părţi diferite din tine au idei diferite despre cine şi ce e sigur acum. Copilul din tine, în momentul acesta, se simte în siguranţă cu mine — cred că pentru că îl ascult. Pentru tine, în cel mai bun caz, sunt bine intenţionată, dar indusă în eroare; în cel mai rău caz, proastă, abuzivă, oarbă la ceea ce se petrece în faţa ochilor mei. Soluţia pe care o sugerezi — să fii singură, să-ţi porţi singură de grijă — este una pe care te-ai bazat mulţi ani. A funcţionat bine în unele privinţe şi nu chiar aşa de bine în altele.

Această vinietă ilustrează schimbările caleidoscopice din materialul transferenţial care însoţesc schimbările de dominanţă între stările Eului. Transferul sinelui copilului abuzat este, în acest punct, în mod absolut evident încrezător şi dependent, deşi ne-am putea pune întrebări despre transferul mai

puţin vizibil al copilului faţă de terapeută ca faţă de cineva care „permite" stării Eului adult să o ducă

pe pacientă înapoi la părinţi. Pe de altă parte, pacienta adultă este furioasă pe terapeută, pe care o percepe ca pe un obiect abuziv, care „juisează" în mod sadic la abuzul sexual violent, sau ca pe un obiect naiv, îmbrobodit să accepte minciunile spuse de sinele copilului abuzat, cam la fel cum mama pacientei a acceptat altădată faţada soţului ei, fără să vadă şi continuând să nu vadă latura abuzivă a soţului ei şi să ia măsuri. În interpretare, terapeuta abordează toate transferurile manifeste, acceptând dezacordurile prezente dintre stările Eului. În acest punct, ceea ce rămâne neinterpretat este identificarea pacientei adulte cu abuzatorul, în dispreţul ei faţă de sinele copilului abuzat şi faţă de terapeută.

Lucrul cu transferul şi contratransferul la o pacientă care disociază este ceva asemănător cu terapia de cuplu sau de familie. Fiecare stare a Eului are o droaie de transferuri faţă de terapeut şi faţă de cealaltă stare a Eului. În această vinietă, de exemplu, pacienta adultă are o poziţie de dispreţ faţă de copilul abuzat, apărându-se astfel de sentimentul de vulnerabilitate al copilului şi, prin urmare, al ei înseşi. În acest moment al terapiei transferul predominant al sinelui copilului abuzat faţă de pacienta adultă este unul de neîncredere, cu aşteptări de trădare şi invalidare. Sarcina terapeutei este de a da posibilitatea tuturor participanţilor la terapie să observe şi să perlaboreze diferitele transferuri şi contratransferuri. Deoarece pacienta adultă şi copilul abuzat disociat încep de obicei travaliul lor comun cu sentimente reciproce de ostilitate, neîncredere, resentiment şi invidie, sarcina clinică este una dificilă. Treptat, partea de copil abuzat a pacientei trebuie să înveţe să aibă încredere în partea adultă, să empatizeze cu dorinţa acesteia de a funcţiona în zonele

adulte ale vieţii ei. Prin acceptarea de către terapeută şi interpretarea succeselor şi modurilor de relaţionare ale adultei, starea sinelui copilului abuzat poate ajunge să respecte ambiţia, hotărârea, capacităţile de gândire ale părţii ei adulte. În mod similar, adulta trebuie să înveţe să aibă încredere, să respecte şi să fie un părinte pentru partea ei de copil traumatizat. Pe măsură ce pacienta adultă încorporează amintirile, afectele şi fantasmele traumatice pe care copilul le-a cărat atâta vreme de unul singur, ea recunoaşte tăria şi reziliența sinelui ei copil. Pe măsură ce ura şi neîncrederea reciprocă se

domolesc, adulta şi copila jelesc împreună pierderea părinţilor buni fantasmaţi şi a unei copilării fantasmate netulburate. În acelaşi timp, pacienta adultă regăseşte frecvent veselia, creativitatea şi spontaneitatea îndelung clivate şi păstrate de sinele disociat al copilului. O supraviețuitoare, de pildă, povestea cu bucurie cum a decorat, pentru prima oară după mulţi ani, un pom de Crăciun, explicând cum şi-a „lăsat" partea ei de copil să aleagă pomul şi nişte decoraţiuni noi.

În sfârşit, al treilea stadiu al apariţiei transferului şi contratransferului face loc unui al patrulea stadiu, în care graniţele rigide dintre stările Eului se relaxează. Acest stadiu se întinde pe o perioadă lungă de timp, în care adulta şi copilul ajung să se cunoască şi să se împace treptat una cu cealaltă. Prin acceptarea răbdătoare şi consecventă din partea terapeutului şi prin interpretarea existenţei, amintirilor, sentimentelor, fantasmelor, transferurilor şi contratransferurilor — faţă de terapeut şi una faţă de cealaltă — ale fiecărei stări a Eului, cele două ajung să se înţeleagă, să se respecte şi să se iubească una pe cealaltă. Pentru multă vreme, experienţa

subiectivă a fiecărei stări a Eului este că ar fi o entitate separată, cu o existenţă cognitivă, afectivă şi relaţională autonomă. Niciuna nu vrea să-şi abandoneze independenţa; amândouă vor să păstreze intimitatea atât de greu câştigată de care se bucură acum. Izolate psihic pentru atât de multă vreme, fiecare stare a Eului se bucură să aibă alături tot timpul pe cineva de încredere. Terapeutul trebuie să respecte experienţa subiectivă a pacientei (pacientelor), continuând să analizeze atât transferurile, cât şi contratransferurile fiecărei stări a Eului faţă de clinician şi una faţă de cealaltă. Din experienţa noastră, această poziţie clinică facilitează o integrare treptată care se produce în paşi aproape imperceptibili, deşi clari, până când rămâne o singură pacientă care împarte spaţiul terapeutic cu terapeutul. Adeseori, supraviețuitoarea adultă va semnaliza apariţia integrării prin doliul după pierderea fetiţei reificate, amintindu-şi împreună cu terapeutul de călătoria lor dinspre „vremurile rele“ ale fricii şi dispreţului reciproc la situaţia actuală, în care copilul nu prea mai poate fi găsit. Aşa cum spunea o pacientă: „Ştiu că trăsăturile şi amintirile ei încă sunt cu mine, dar acum sunt eu. N-o mai văd stând lângă mine sau chiar ghemuită sub coastele mele. E o bucurie amară — acum sunt mai întreagă, dar îmi lipseşte. Era un copil bun”. Terapeutul se va trezi adesea făcând un doliu contratransferenţial după

pierderea stării Eului copilului abuzat.

Această menţiune aduce în lumină o potenţială capcană transferenţială. În terapia cu o pacientă care manifestă stări disociate ale Eului, clinicianul trebuie să se păzească de la a „avea un favorit" dintre stările Eului, exact la fel cum terapeutul de cuplu sau de familie evită să se ralieze cu vreunul dintre membrii sistemului.

Unii terapeuţi se pot simţi mai confortabil cu sinele copilei abuzate şi cu fantasmele lor maternale, de protecţie sau de salvare pe care le suscită fragilitatea şi devastarea acesteia. Alţi terapeuţi se pot simţi mai în largul lor cu intelectualismul şi elocvenţa pacientei adulte. Dat fiind că scopul terapeutic ultim este integrarea acestor două stări disparate ale Eului, poziţia clinicianului trebuie să fie una echidistantă faţă de ambele stări ale Eului şi cu o preponderentă relaţionare cu persoana întreagă, integrată, care, pentru multă vreme, există doar ca potenţial. Deşi nu se poate crea iatrogenic o stare disociată a Eului, aceasta poate fi perpetuată iatrogenic de un clinician care ajunge să se implice într-o relaţie constantă cu o parte fragmentată a întregului mai degrabă decât cu persoana ca întreg. Cu alte cuvinte, este vital pentru procesul terapeutic ca bunăoară clinicianul să accepte şi să valideze ambele paciente/participante — ambele stări ale Eului —, fără să fie mai interesat în mod special sau mai implicat într-una mai mult decât în alta. Acest lucru poate fi cu adevărat dificil atunci când e vorba de sinele copilului abuzat. Disocierea în sine este fascinantă; apariţia şi terapia stării Eului copil sunt fascinante. Lucrul dificil pentru terapeut este de a-şi face treaba, fără să fie prea fascinat. Iarăşi recomandăm beneficiile consultărilor cu colegii pentru perlaborarea potenţialei puneri în act a contratransferului în acest domeniu.

Deşi cu majoritatea pacientelor procesul de integrare se desfăşoară natural, se poate întâmpla ca o supravieţuitoare să se angajeze în disociere constantă pentru a se apăra de examinarea conflictelor dinamice actuale. O pacientă, de exemplu, care iniţial respinsese cu vehemenţă existenţa unei stări a Eului copil, a integrat în

cele din urmă toate amintirile de abuz ale copilului traumatizat. În măsura în care se putea vedea, funcţiile adaptative şi comunicative ale disocierii fuseseră perlaborate. Cu toate acestea, pacienta se confrunta cu un număr de

conflicte relaţionale actuale spinoase, de exemplu, dacă să pună punct sau să continue o relaţie îndelungată cu un bărbat însurat. Ori de câte ori terapia revenea la aceste chestiuni, „fetiţa" apărea brusc pe scenă. În acest caz, clinicianul a ales să interpreteze rezistenţa. A ales o interpretare care să abordeze folosirea de către pacientă a ceea ce devenise deja un tipar relaţional vechi şi care împiedica dezvoltarea.

Dorim să subliniem din nou că nivelul de disociere despre care vorbim este cel întâlnit la supravieţuitoarea tipică din terapie. Vedem, desigur, şi paciente care intră în terapie cu amintiri complete ale abuzului şi care nu disociază deloc sau doar în mică măsură; terapia lor nu va include apariţia unei stări disociate a Eului. Pe de altă parte, avem în terapie şi paciente al căror abuz a fost atât de timpuriu sau atât de îngrozitor, încât fenomenele disociative includ trei sau mai multe stări disociate ale Eului, organizate autonom. Aceste paciente merită adeseori diagnosticul de tulburare de personalitate multiplă, iar analiza transferului şi contratransferului este proporţional mai complexă şi mai haotică.

Efectul constelaţiei defensive tipice a pacientei

Supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie utilizează în mod obişnuit o constelaţie de apărări care include clivajul, proiecţia/introiecţia, negarea, punerea în act, omnipotenţa, identificarea proiectivă şi disocierea. Am discutat pe

larg despre disociere. Ne vom concentra acum asupra impactului celorlalte apărări asupra evoluţiei şi analizei transferului şi contratransferului la supravieţuitoarele abuzului sexual.

Clivajul

Negarea, punerea în act, proiecţia/introiecţia, omnipotenţa şi identificarea proiectivă sunt toate, într-o oarecare măsură, variante ale clivajului. În negare, pacienta clivează şi reneagă informaţii sau afecte; persoana se poartă „ca şi cum" ceea ce este adevărat nu este adevărat. Pentru supravieţuitoarea abuzului sexual din copilărie, aceasta este analoagă cu experienţa din copilărie, în care abuzul a fost negat. În punerea în act, comportamentul este clivat de gândire şi verbalizare. În loc să cunoască şi să înţeleagă un conflict

sau un set de sentimente, supraviețuitoarea le pune în scenă, la fel cum abuzatorul a pus odinioară în scenă, în loc să conțină și să proceseze impulsurile sexual agresive. În proiecție, reprezentări ale sinelui sau afecte renegate sunt clivate și plasate, în fantasmă, pe altcineva. Pentru supraviețuitoarea abuzului sexual, aceasta reproduce adeseori proiecția urii de sine a părintelui neabuziv asupra pacientei și considerarea ulterioară a experienței victimei ca fiind autoindusă. În omnipotență, supraviețuitoarea clivează o reprezentare a sinelui inadecvată, vulnerabilă, apărându-se de conștientizarea ei prin afișarea unei fațade invulnerabile, atotputernice. Pentru supraviețuitoarea care odată a fost atât de neajutorată și vulnerabilă, omnipotența reprezintă adeseori și o identificare cu agresorul, care el însuși părea complet dominator și puternic. În sfârșit, în

identificarea proiectivă, un set de reprezentări ale sinelui este clivat de altele și transferat asupra terapeutului, care se identifică așdar cu aspectul proiectat al sinelui pacientei. Clivajul devine astfel atât o apărare, cât și un mijloc de procesare a stimulilor interni și externi. Fenomenele de transfer și contratransfer vor reflecta, prin urmare, folosirea de către pacientă a clivajului în diversele lui derivate.

Grotstein (1985) oferă o foarte bună definiție a clivajului. El poziționează clivajul atât ca apărare, cât și ca organizare cognitivă a interacțiunilor sinelui, obiectului, sine–obiect și obiect–obiect. El afirmă mai întâi că aspecte ale sinelui pot fi clivate unele de altele așa cum se întâmplă atunci când o supraviețuitoare adultă a unui abuz sexual incestuos se percepe ca fiind complet rea și „desfrânată", clivând orice alte reprezentări despre sine ca bună, merituoasă, respectabilă. Apoi, Grotstein sugerează că aspecte ale obiectelor pot fi clivate unele de altele, așa cum se întâmplă atunci când supraviețuitoarea incestului tată–fiică se agață conștient de o percepție a tatălui ca fiind complet cald și grijuliu, clivându-i aspectele abuzive, agresive. În sfârșit, Grotstein afirmă că relațiile internalizate dintre obiecte pot fi clivate. Acest lucru se poate petrece, de exemplu, atunci când supraviețuitoarea unui incest bunic–nepoată se agață de percepția relației mamei ei cu abuzatorul ca fiind total nesatisfăcătoare pentru aceasta, clivând aspectele relației care îi făceau mamei plăcere. Acest lucru are scopul de a o proteja pe mama internalizată de furie și dezamăgire.

Pentru copilul abuzat sexual, mai ales pentru cel abuzat incestuos, clivajul este un mecanism vital pentru supraviețuirea psihică. Trădarea sexuală și

emoţională constantă a unui copil de către o persoană iubită şi de încredere reprezintă un atac la adresa Eului, care este prea copleşitor pentru a putea fi gestionat prin refulare (Scharff, 1982). În schimb, copilul trebuie să cliveze aspectele rele atât ale membrilor abuzivi ai familiei, cât şi ale celor neabuzivi. La urma urmelor, copilul are nevoie de familie. Din cauza nevoii, a neajutorării şi dependenţei, copilul abuzat sexual clivează obiectul în bun şi rău şi, mai departe, îşi clivează propriul Eu, identificându-se cu obiectul rău şi proiectându-şi propria bunătate asupra familiei. În felul acesta, aşa cum a remarcat pertinent Fairbairn (1943), copilul menţine reprezentările interne ale părinţilor buni şi îşi asumă responsabilitatea răutăţii, conservând astfel speranţa că va putea obține iubire și grijă, învățând să fie suficient de bun. Mai departe, clivajul este impus de către agresor şi de către sistemul familial care refuză să recunoască sau să numească abuzul şi frecvent aruncă asupra copilului vina de a fi provocat trauma. Clivajul devine astfel baza fundamentală pentru organizarea reprezentărilor sinelui şi obiectului şi este purtat până la maturitate, când devine şablonul relaţional pe care se formează şi sunt înţelese relaţiile interpersonale. Deoarece eşecul clivajului eliberează amintiri, afecte şi reprezentări ale sinelui şi obiectului extrem de puternice, pacienta se agaţă, inconştient, dar cu tenacitate, de acest mecanism de apărare şi de procesare relaţională. Aşa cum afirmă Gill (1982), apărarea — în acest caz, clivajul — este un proces intrapsihic ce devine evident prin relaţia transferenţială cu analistul. Manifestarea fundamentală timpurie a clivajului în transfer este rezistenţa la conştientizare (Gill, 1982) a unei întregi game de reacţii transferenţiale faţă de terapeut. Vedem acest lucru mai ales

în rezistenţa la conştientizarea sentimentelor negative faţă de clinician, care sunt transmise prin punerea în act sau identificare proiectivă mai degrabă decât prin observarea şi exprimarea lor conştientă.

La fel cum odinioară copilul şi-a protejat relaţiile interne cu părinţii proiectând asupra lor trăsăturile sale bune şi introiectând trăsăturile lor rele în reprezentările sale de sine, supraviețuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie îl protejează, după cât se pare, pe terapeut, de reacţiile de furie şi ură negându-le, menţinând conştient o imagine pozitivă a clinicianului şi

întorcând furia şi ura împotriva ei înseşi. O astfel de punere în act implică şi fantasme inconştiente de victimizare a terapeutului, prin a-l şoca şi a-l face să se simtă neputincios. Dat fiind că ura şi furia clivate sunt atât de puternice, punerea lor în act poate fi destul de impresionantă, incluzând gesturi sau încercări de suicid, automutilare, abuz de substanţe, şofat imprudent, promiscuitate sexuală cu potenţial de pericol şi anorexie sau bulimie. Transferul exprimat în acest mod evocă, deloc surprinzător, puternice reacţii contratransferenţiale care sunt important de procesat şi de înţeles.

Punerea în act

Este important de înţeles că punerea în act a supravieţuitoarei adulte, odată intrată în terapie, are *întotdeauna* o oarecare componentă transferenţială. Acest lucru nu înseamnă negarea factorilor genetici sau extraterapeutici din prezent; orice punere în act este de obicei multideterminată. Cu toate acestea, odată ce pacienta a început terapia, reacţiile faţă de relaţia terapeutică sunt întotdeauna prezente în

punerea în act.

Vivian este supravieţuitoarea unui incest tată–fiică, intrată în terapie cu un istoric de crestare neletală a antebraţelor. Când a început terapia, se afla într-o relaţie cu un bărbat însurat, cam de aceeaşi vârstă cu tatăl ei. În timpul unei şedinţe, Vivian şi terapeuta explorau din nou semnificaţiile acestei relaţii. Vivian conştientizase deja parte din dinamica pusă în scenă prin această legătură — îi permitea să dobândească astfel controlul asupra abuzului, prin controlul din relaţia sexuală cu iubitul/tatăl ei; îi oferea posibilitatea de a-şi exprima ostilitatea faţă de soţia iubitului/mama pacientei culcându-se cu el; punea în scenă reprezentarea de sine ca târfă — felul în care tatăl ei o numea în timpul abuzului; şi reînvia un sentiment de triumf la câştigarea luptei oedipiene. În seara de după şedinţa în discuţie, iubitul lui Vivian a anulat o întâlnire în ultima clipă. La telefon, ea a reacţionat cu înţelegere calmă. La vreo oră după, şi-a înfipt o foarfecă în antebraţ. La şedinţa următoare a povestit întregul episod. În ciuda încercărilor terapeutei de a explora ce însemna automutilarea din punctul de vedere al relaţiei analitice, Vivian a atribuit-o în totalitate furiei de a fi fost abandonată de iubitul ei. Nici măcar această furie nu era trăită conştient, ci acceptată intelectual ca „având sens".

Abia mult mai târziu în terapie, după un număr de episoade similare, a devenit explicită o oarecare reacţie transferenţială în gestul de automutilare. Ca şi iubitul lui Vivian, terapeuta era cea care stabilea termenii disponibilităţii ei faţă de pacientă. Cliniciana nu era în mod obligatoriu la îndemână atunci când Vivian avea cea mai mare nevoie, ci era disponibilă numai în anumite momente, asupra cărora

avea mai mult control decât Vivian. Pentru Vivian, atât terapeuta, cât şi iubitul ei o seduseseră, apoi stabiliseră parametrii relaţiei cu ea, în mare măsură la fel cum odinioară tatăl ei avusese controlul deplin al relaţiei cu ea. În plus, atât terapeuta, cât şi iubitul, chiar dacă în moduri diferite, insistau asupra confidenţialităţii relaţiei cu ea, reproducând într-o oarecare măsură secretul incestului. Când iubitul lui Vivian a anulat întâlnirea, acest lucru i-a evocat furia inconştientă împotriva lui în situaţia prezentă, furia inconştientă împotriva controlului şi secretului impus de tată şi furie inconştientă împotriva terapeutei, percepută şi ea — într-o oarecare măsură corect — ca dictând unilateral graniţele relaţiei analitice „secrete". Automutilarea în acest caz a reprezentat o încercare de autoreglare şi de a conţine puternicele reacţii afective, clivate, faţă de persoane trecute şi prezente.

Este obligatoriu ca terapeutul să abordeze semnificaţiile transferenţiale încorporate în punerea în act. A nu face acest lucru aminteşte imaginea abuzatorului care şi-a declinat responsabilitatea pentru victimizări sau pe cea a părintelui neabuziv care a privit fără să vadă. Totuşi, o poziţie contratransferenţială foarte tentantă la confruntarea cu o pacientă care şi-a sfâşiat coapsele după ultima şedinţă ori s-a îmbătat, a agăţat un bărbat şi a făcut sex neprotejat cu acesta în noaptea de dinainte de şedinţă este de a nega semnificaţia transferenţială a comportamentului şi de a se concentra în schimb pe factori extraterapeutici genetici sau actuali. Această poziţie contratransferenţială îl protejează pe clinician, împiedicându-l să simtă atacurile brutale ale pacientei la bunătatea şi grija lui, clădind o fantasmă în cadrul terapiei în care abuzul este „acolo afară“ mai degrabă decât „aici înăuntru”.

Totuşi, această poziţie va asigura şi continuarea punerii în act, adeseori cu intensitate sau frecvenţă crescândă.

Identificarea proiectivă

Cealaltă modalitate majoră prin care supraviețuitoarea adultă se opune conștientizării reacțiilor de transfer negativ, dar le comunică indirect, este prin utilizarea identificării proiective. Identificarea proiectivă este un concept alunecos, pentru care au fost propuse numeroase definiții (Grotstein, 1985; Kernberg, 1976; Klein, 1952; Ogden, 1979; Porder, 1987). Totuși, majoritatea definițiilor conțin cel puțin două etape. Mai întâi, pacienta proiectează pe terapeut o reprezentare internalizată, clivată a sinelui, pentru a avea control asupra aspectelor bune sau rele ale lumii interne. Clinicianul se identifică apoi cu aspectele proiectate ale sinelui pacientei, percepându-se subiectiv într-un mod care, de obicei, este înstrăinat de Eu, dar perfect congruent cu conținuturile proiectate.

Atunci când apare identificarea proiectivă, adeseori intră în joc simultan trei niveluri de interacțiune relațională. Primul implică percepția conștientă a terapeutului de către pacienta și orice reacții contratransferențiale pe care le evocă. Al doilea nivel cuprinde reacțiile transferențiale care sunt în prezent în afara conștientizării pacientei, dar care pot fi aduse, treptat, în conștiință prin întrebări și interpretare. Aceste transferuri sunt însoțite de o varietate de reacții contratransferențiale așteptate. În sfârșit, la nivelul identificării proiective, se află reacții transferențiale profund clivate, care sunt proiectate pe terapeut, cu care terapeutul se

identifică și de a căror conștientizare pacienta se apără cu tenacitate. Deoarece transferul comunicat prin identificare proiectivă este atât de intens și atât de străin terapeutului, reacțiile acestuia includ frecvent dezorganizarea capacităților sale de gândire. Un exemplu clinic va ajuta la elucidarea acestui concept vag.

Helen, în vârstă de 40 de ani, supraviețuitoare a violurilor tată–fiică, însoțite de sodomie, felație și bătăi regulate, era în terapie de șase luni. Își cresta frecvent coapsele cu o lamă la câteva ore după câte o ședință și vorbea săptămânal despre cum se lupta să nu se arunce cu mașina în vreun râu. În ședință nega cu consecvență orice semnificație transferențială a acestor gânduri și comportamente autodistructive. De fapt, Helen nega că automutilările și ideația suicidară erau asociate relațional cu cineva, afirmând

că ele cuprindeau doar disprețul față de propriul ei „sine stupid și lipsit de valoare“. Helen o percepea conștient pe terapeută ca pe un profesionist calm și grijuliu și care, din motive necunoscute, era interesată să o ajute. La un alt nivel — inconștient, dar a cărui explorare Helen putea să o tolereze în ședință — era percepția terapeutei ca bine intenționată, dar naivă, păcălită să creadă că Helen avea o oarecare valoare și oarbă la „evidenta” ei lipsă de substanță și inteligență. Acest transfer asupra terapeutei era imaginea mamei pacientei, care nu reușise să vadă evidența în interiorul propriei ei familii. Helen nu era conștientă de disprețul încapsulat în acest transfer, în mod conștient exprimând simpatie și respect pentru terapeută. Contratransferul terapeutei la acest nivel al transferului era reprezentat de sentimente materne de grijă, ușoară enervare la disprețul manifestat față de puterea ei de discernământ și consternare la lipsa de

apreciere de sine a pacientei. Pe lângă aceste două constelații de transfer–contratransfer mai coexista o altă paradigmă, închisă într-o identificare proiectivă care transmitea experiențe mai primitive ale sinelui și obiectului.

Deși conștient și întrucâtva intelectual Helen se definea ca lipsită de valoare, la un nivel profund inconștient ea se identifica cu sadismul brutal al tatălui ei abuziv. Prin automutilarea și suicidalitatea aparent autovictimizante, ea lansa un atac de un sadism intens asupra funcțiilor de conținere și vindecare ale terapeutei. După fiecare ședință recurgea la o punere în act pe care o relata în următoarea, spunându-i astfel terapeutei ceea ce îi spusese tatăl ei odinioară: „Ia de aici, târfă. Ești un nimic absolut care în veci n-o să facă nimic. Ești un căcat cu ochi". Identificându-se în acest fel cu tatăl ei, Helen își proiecta pe terapeut reprezentarea de sine ca victimă. Mai mult decât atât, terapeută se identifica cu această proiecție, simțindu-se paralizată, împietrită de frică și de furie neputincioasă și inexprimabilă, în mare măsură precum cea pe care Helen o simțise în copilărie.

Terapeuta din acest caz aștepta îngrozită ora ședinței cu Helen și, când ușa sălii de așteptare se deschidea anunțând sosirea ei, avea în stomac un sentiment de prăbușire și lipsă de speranță. Acest lucru semăna foarte bine cu groaza din copilărie a pacientei atunci când auzea pașii tatălui ei îndreptându-se spre camera ei noaptea. În ședință, terapeuta se simțea învinsă de persistența ideației suicidare și automutilării lui Helen. Era îngrozită că Helen

de fapt ar fi putut muri şi simţea o furie neputincioasă în faţa atacurilor constante la adresa eficienţei ei terapeutice. Terapeuta, identificată cu sinele victimizat proiectat al lui Helen, se temea să se

confrunte cu sadismul pacientei, fiind îngrijorată de o escaladare a punerii în act. Din nou, acest lucru era similar cu reducerea la tăcere a lui Helen în copilărie. Pe măsură ce terapeuta a început să înţeleagă şi să elaboreze identificarea proiectivă, ea a ieşit treptat din strânsoarea contratransferenţială şi a început să abordeze deschis cu Helen ceea ce se petrecea între ele.

Deşi identificarea proiectivă este o experienţă derutantă, profund perturbatoare pentru clinician, ea este, ca şi disocierea, un mijloc inestimabil de comunicare a informaţiilor despre sine a căror cunoaştere şi exprimare conştientă e intolerabilă pentru pacientă. Prin identificare proiectivă, terapeuta ajunge să cunoască trăirile pacientei la un nivel visceral, ceea ce conduce la o empatie şi o înţelegere crescute. Este util ca terapeutul care lucrează cu o supravieţuitoare adultă a abuzului sexual din copilărie să anticipeze că identificarea proiectivă va reprezenta o componentă importantă în transfer şi contratransfer. Dacă este ceva anticipat, atunci este mai puţin probabil ca terapeutul să se retragă autodefensiv din calea intenselor perturbări străine Eului, inerente în identificarea proiectivă, o capcană contratransferenţială care îi comunică inconştient pacientei că aspectele sinelui transferate pe terapeut sunt inacceptabile. Cum aceste proiecţii sunt deja inacceptabile pentru pacientă, retragerea terapeutului din identificarea proiectivă face reprezentarea de sine proiectată a pacientei neanalizabilă şi, în cele din urmă, ameninţă continuarea terapiei.

Este evident zbuciumul din travaliul de dezvoltare, apariţie şi analiză a transferului–contratransferului cu supravieţuitoarele adulte ale incestului şi abuzului

sexual din copilărie. Violenţa, intruzivitatea, seducţia şi trădarea inerente în această încercare terapeutică evocă reacţii contratransferenţiale derivate nu numai din travaliul în sine, ci şi din transferurile analiştilor asupra tradiţiei psihanalitice şi din experienţele personale de abuz, dacă există.

Impactul atitudinilor terapeutului

La nivel personal, este crucial ca terapeuţii să-şi examineze atitudinile şi convingerile cu privire la abuzul sexual din copilărie, înainte de a se aventura într-o călătorie terapeutică cu o supravieţuitoare. Clinicienii de orientare psihanalitică sunt cu toţii produsul unei tradiţii teoretice şi clinice care a subestimat frecvenţa şi impactul patogen al abuzului sexual; aceştia sunt şi membri ai unei societăţi care abia recent a început să deschidă ochii faţă de victimizarea copiilor. Disponibilitatea terapeutului de a accepta realitatea trecutului de abuz al unei paciente, de a se angaja în constelaţiile solicitante de transfer–contratransfer inerente acestui proces, de a se lăsa ghidat de nevoia pacientei de a beneficia de participarea lui deplină în matricea relaţională care ia naştere din acest proces, de a extinde parametrii terapiei psihanalitice pentru a include lucrul cu sinele–copil disociat, poate fi complicată de reacţii contratransferenţiale care sunt, de fapt, încorporate în transferuri probabil îndelungate faţă de supervizori, programe de formare, teoreticieni şi, în general, cunoştinţe tradiţionale sau chiar mai recente referitoare la dezvoltarea, patologia şi modurile acceptate de a conduce terapia analitică.

De exemplu, o terapeută care lucrează cu un număr de supravieţuitoare ale

incestului participă la un grup de supervizare condus de un clinician principal. Într-o zi, un coleg prezintă terapia cu o pacientă cu care au fost puse în joc paradigme de transfer şi contratransfer sadomasochiste, intens perturbatoare. Discutând istoria pacientei, simptomele, structura de caracter şi relaţia cu terapeutul ei, terapeuta care lucrează cu supravieţuitoare ale abuzului sexual începe să se întrebe dacă nu cumva pacienta a fost traumatizată sexual în trecut. Îi sugerează acest lucru colegului care prezintă cazul. Acesta recunoaşte că nu şi-a întrebat pacienta de vreun abuz sexual din trecut şi, mai mult, se teme că astfel de întrebări ar putea-o sugestiona pe pacienta pe care el a conceptualizat-o ca „borderline grav".

În acest punct, formatorul remarcă oarecum ironic: „Bine, bine, poate că pacienta asta a fost abuzată, dar se pare că voi ăştia care lucraţi cu abuzuri sexuale ajungeţi să vedeţi asta peste tot". Analistul formator îi oferă apoi terapeutului care prezentase cazul o formulare perfect plauzibilă a dificultăţii din transferul–contratransferul cu această pacientă. Se bazează pe gândirea contemporană psihanalitică referitoare la terapia patologiei borderline, care

nu include posibilitatea unei repuneri în scenă a abuzului. Terapeuta care *chiar* lucrează cu abuzuri sexuale se simte dintr-odată ruşinată şi cumva „mâzgoasă“. Se percepe ca nefăcând parte din grupul de colegi, diferită de ei, deoarece e, într-un fel, „rea”.

În maşină, mergând înapoi spre cabinet, terapeuta începe să se întrebe dacă într-adevăr face prea mare caz de frecvenţa şi impactul traumei sexuale din copilărie. Poate chiar îşi sugestionează pacientele. Şi i-a displăcut complet sentimentul acela de ruşine şi neapartenenţă pe care l-a avut în grupul de supervizare. Chiar

dacă *are* dreptate atunci când crede că a depistat posibilitatea abuzului sexual la pacienta unui coleg, poate că ar trebui să ţină pentru ea acest lucru. Colegii ei oricum nici nu vor să audă de asta, iar acum formatorul, un analist pe care îl simpatizează, pe care îl respectă şi de la care îşi doreşte admiraţie şi respect, face haz de ea. Chiar nu merită. Poate să ţină pentru ea ideile despre abuzul sexual şi să continue să înveţe şi să participe la grupul de supervizare. Şi o vor place mai mult.

În acea după-amiază, terapeuta are o şedinţă cu una dintre pacientele ei care fusese abuzată sexual şi destul de sadic de tatăl ei vreme de mulţi ani în copilărie. Pacienta se chinuia de luni de zile să accepte realitatea a ceea ce i se întâmplase. Pentru a accepta faptul că abuzul se petrecuse cu adevărat, e nevoie ca ea să renunţe la control şi să trăiască pierderea tatălui bun internalizat compensatoriu de care se agăţase cu tenacitate. Relaţia pacientei cu terapeuta ca persoană care crede în realitatea traumei sexuale fusese crucială pentru pacientă în această etapă a terapiei. În timpul şedinţei din după-amiaza aceea, pacienta declară printre lacrimi că în sfârşit crede că ar putea tolera adevărul insuportabil că tatăl ei a abuzat-o şi, acum suspinând, o mai întreabă o dată pe terapeută dacă ea crede că lucrul acesta chiar s-a întâmplat. Atipic, terapeuta are o mică ezitare înainte de a-şi exprima convingerea cu privire la realitatea abuzului. Întotdeauna fin acordată la stările interne ale terapeutei, pacienta aude ezitarea şi intră în panică. O acuză pe terapeută că a păcălit-o, făcând-o să creadă ceva ce nici măcar nu e adevărat sau jefuind-o inutil de bunul ei tată. A durat ceva vreme ca această ruptură din relaţia terapeutică să se vindece. Ei bine, ce s-a întâmplat aici?

În primul rând, vedem în această vinietă o punere în scenă a tiparelor

relaţionale inerente abuzului sexual intrate în joc în grupul de supervizare al terapeutei. Aceasta îşi dă seama că este posibil ca pacienta colegului ei să fi fost abuzată sexual şi încearcă să aducă în atenţia grupului posibila traumă. Până aici, ea pune în scenă rolul copilului abuzat sexual care încearcă să vorbească cu familia ei despre abuzuri. Exact aşa cum s-ar întâmpla într-o familie incestuoasă, fetiţei abuzate, aflate acum în persoana terapeutei, i se spune de fapt că e nebună; ideea ei că pacienta colegului ar fi fost traumatizată sexual este respinsă. În concordanţă cu punerea ei în scenă de copil abuzat sexual, terapeuta îşi asumă responsabilitatea pentru ceea ce s-a întâmplat — este ruşinată şi se simte mâzgoasă şi rea. Ea simte, de asemenea, că acceptarea ei în cadrul grupului de supervizare va fi pusă în pericol dacă va continua să aducă în discuţie subiectul abuzului sexual; acest fapt este în concordanţă cu teama copilului abuzat sexual că îşi va pierde familia dacă vorbeşte despre traumă.

În vreme ce terapeuta reflectează în maşină asupra şedinţei de supervizare de grup, ea continuă să se identifice cu victima abuzului sexual. Începe să-şi pună la îndoială propria cunoaştere şi realitate; speculează că probabil chiar nu ştie ceea ce ştie. Mai mult decât atât, pentru a-şi conserva relaţia reală şi internalizată cu supervizorul idealizat, ea decide să înceteze să vorbească despre abuzul sexual în grupul de supervizare. Aidoma copilulului abuzat, ea protejează legăturile emoţionale importante clivând abuzul sexual de restul vieţii de familie. În acest punct, la fel de disociată este şi furia pe care altfel terapeuta ar putea să o simtă faţă de supervizor

şi faţă de colegii ei pentru invalidarea de care a avut parte în dimineaţa aceea. Din nou, vedem corespondenţa cu fetiţa abuzată care clivează furia pe care ar putea-o simţi faţă de persoanele abuzive şi/sau neglijente.

Ajunsă înapoi în cabinet, terapeuta pune în scenă internalizarea şi transferul aferente evenimentelor din dimineaţa aceea într-o reacţie contratransferenţială perturbatoare faţă de pacienta ei. Identificându-se acum cu supervizorul şi cu colegii ei, şi ca atare cu conceptualizările lor psihanalitice mai tradiţionale cu privire la patologie şi terapie, terapeuta invalidează într-o manieră subtilă acceptarea crescândă a pacientei cu privire la trecutul ei de abuz. În grupul de supervizare, terapeuta devenise, cel puţin în fantasmă, copilul tăcut, supus, invalidat. În cadrul diadei terapeutice,

terapeuta pune în scenă trădarea din partea obiectelor timpurii ale pacientei. Deşi se poate specula că au existat în interiorul terapiei dinamici care, de asemenea, au condus-o pe terapeută la această punere în scenă, transferul ei faţă de tradiţia psihanalitică, aşa cum este exprimat prin matricea relaţională a grupului de supervizare, pare să fi fost sursa principală a eşecului empatic contratransferenţial.

Aşa cum arată această vinietă, pentru a parcurge cu succes o terapie psihanalitică cu o supravieţuitoare, este nevoie ca terapeutul să-şi reconsidere cunoştinţele despre psihanaliză şi psihoterapia psihanalitică. Este adeseori nevoie ca terapeutul să suporte dezaprobarea supervizorilor, mentorilor, colegilor şi analiştilor personali, reali şi internalizaţi, care pot susţine cu înverşunare că ceea ce întreprinde terapeutul nu este deloc conform cu principiile şi tehnicile psihanalitice.

Terapeuta de orientare psihanalitică ce lucrează cu pacienta în modul descris mai sus se poate lupta cu puternice disonanţe interne create de discrepanţele dintre ceea ce ea percepe ca strategii terapeutice necesare şi eficiente şi critica şi scepticismul real sau fantasmat al figurilor transferenţiale importante din propria ei viaţă. Această luptă se poate manifesta în terapie sub forma inconsecvenţelor poziţiei terapeutice care o derutează şi chiar o înfricoşează pe pacientă, care este extrem de sensibilă la inconsecvenţă. Din nou recomandăm consultarea cu colegi care lucrează cu supravieţuitoare, ca mijloc de identificare şi de perlaborare a contratransferului care emană din transferul faţă de autori psihanalitici, supervizori şi colegi.

Terapeutele care şi ele sunt supravieţuitoare pot fi în mod special susceptibile la complicaţii contratransferenţiale specifice. În primul rând, este posibil ca ele să nu-şi reamintească propriul abuz şi pot începe să-şi reactualizeze amintiri traumatice prin terapia cu o supravieţuitoare. Acest lucru le poate obliga să reintre în terapie, evocând o mulţime de reacţii transferenţiale faţă de foştii şi noii psihanalişti, precum şi puternice sentimente contratransferenţiale faţă de pacienta (pacientele) care a (au) „cauzat" apariţia amintirilor. Terapeutele care ştiu că şi ele sunt supravieţuitoare pot adopta o poziţie persistent masochistă cu pacientele lor, provocând o nesfârşită escaladare a atacurilor sadice prin punerile în act abuzive sau autodistructive ale pacientelor lor. Această poziţie este adeseori multideterminată. Prin

aceasta, terapeuţii menţin un ataşament inconştient faţă de abuzatorii lor, rămânând victime în relaţia terapeutică. Prin ignorarea reacţiilor transferenţiale de victimizare ale pacientelor, terapeutele menţin şi o identificare cu proprii

părinţi neabuzivi, care au fost orbi în faţa abuzului din faţa ochilor lor. În acelaşi timp, terapeutele evită să se confrunte cu propriul lor caracter abuziv, adeseori negat, acceptând inconştient ca pacientele să pună în scenă acele sentimente în locul lor. Un alt blocaj contratransferenţial pentru supravieţuitoare/terapeute poate fi reţinerea de a se lăsa percepute deplin de către paciente ca obiecte rele. Simţindu-se inconfortabil cu propria agresivitate şi încă şi mai inconfortabil cu orice identificare cu propriii abuzatori, terapeutele pot dezamorsa, subtil sau nu chiar atât de subtil, reacţiile transferenţiale agresive ale pacientelor. Această poziţie contratransferenţială o menţine pe terapeută ca obiect bun, reprezentare de sine pentru atingerea şi acceptarea căreia a muncit din greu în analiza ei. Păstrarea unei relaţii fundamental iubitoare şi „plăcute" cu pacientele poate reprezenta şi încercarea supravieţuitoarei/terapeute de a le oferi pacientelor şi sieşi o compensaţie pentru copilăria minunată pe care nu au avut-o niciodată.

Este la fel de adevărat şi faptul că supravieţuitoarele/terapeute îşi folosesc trecutul traumatic în maniere care intensifică eficienţa lor cu pacientele. Cu certitudine, ele pot empatiza cu groaza, furia şi pierderea încapsulate în abuzul sexual din copilărie la niveluri pe care clinicienii neabuzaţi nu le-ar putea atinge niciodată. În sfârşit, gradul în care şi-au perlaborat problemele traumatogene în transferul şi contratransferul din analizele lor personale şi în relaţiile de supervizare este ceea ce le permite să-şi folosească experienţele într-o manieră care să le intensifice mai degrabă decât să le restricţioneze munca analitică pe care o au cu pacientele lor.

CAPITOLUL 9

Opt poziții de transfer–contratransfer

Am identificat opt ipostaze relaţionale, exprimate în cadrul a patru matrice relaţionale, puse în scenă alternativ de către terapeut şi supravieţuitoare în transfer şi contratransfer şi care reapar în mod repetat în terapia psihanalitică cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie. Acestea includ părintele neabuziv neimplicat şi copilul neglijat; abuzatorul sadic şi victima neajutorată, plină de furie neputincioasă; salvatorul idealizat, omnipotent şi copilul îndreptăţit care cere să fie salvat; şi seducătorul şi persoana sedusă. Deşi acestea, desigur, nu explică orice aspect al transferului şi contratransferului cu fiecare pacientă, am constatat în practica noastră că aceste opt poziţii şi patru matrice sunt puse în scenă cu suficientă regularitate, astfel încât cunoaşterea îndeaproape a manifestărilor clinice este inestimabilă pentru travaliul psihanalitic.

Deoarece ele cuprind reprezentări ale sinelui şi obiectului care sunt frecvent clivate de conştiinţa pacientei, aceste opt poziţii relaţionale sunt adesea identificabile numai prin atenţia meticuloasă a terapeutului la propriul contratransfer. În reacţiile contratransferenţiale clinicianul va simţi identificări proiective intense cu aspecte ale lumii sinelui şi obiectelor pacientei. Intensitatea experienţei contratransferenţiale, împreună cu schimbările rapide ale stărilor de transfer–contratransfer sunt cele ce complică analiza transferului şi contratransferului în terapia cu supravieţuitoare. Încă şi mai provocator pentru terapeut este gradul în

care, pentru o perioadă îndelungată de timp, aceste poziţii şi constelaţii relaţionale sunt mai degrabă puse în scenă decât identificate şi procesate verbal. Matricele relaţionale care răsar din punerile în scenă ale clinicianului şi pacientei prind viaţă în cabinet cu o încărcătură afectivă şi un sentiment al acţiunii care le diferenţiază de cele apărute în cazul multor altor paciente, neabuzate. Copiii traumatizaţi sexual sunt abuzaţi motric — în acţiune. Vindecarea pacientei adulte solicită o implicare la fel de activă, în roluri de transfer–contratransfer chiar şi atunci când descărcarea motorie este limitată. Este la latitudinea terapeutului să aleagă şi să pună în scenă, prin crearea unei iluzii în spaţiul analitic (Khan, 1971b), poziţiile de transfer–contratransfer relevante care permit în cele din urmă pacientei să identifice, să îmblânzească

şi să integreze elemente îndelung clivate ale lumilor sinelui şi obiectului. De fapt, terapia nu va fi completă dacă nu vor fi experimentate şi elaborate în transfer şi contratransfer toate combinaţiile şi permutările rolurilor relaţionale. În acelaşi timp, subliniem că punerea în scenă singură nu este suficientă. Împreună, punerea în scenă şi interpretarea fenomenelor de transfer–contratransfer ce facilitează integrarea şi vindecarea.

În prezentarea concepţiei noastre asupra acestor patru matrice relaţionale fundamentale rămânem devotate convingerii cu privire la imensa ambiguitate a experienţei umane. Munca într-adevăr creativă în transfer–contratransfer nu poate fi înţeleasă ca o căutare a unor structuri sau configuraţii mentale predeterminate. Mai degrabă, considerăm că schematizarea făcută de noi acestor puternice paradigme relaţionale îi oferă cititorului nişte adevărate repere de orientare; lumini

călăuzitoare, atunci când furtuna punerilor în scenă din transfer–contratransfer devine orbitoare şi derutantă din punct de vedere cognitiv.

Părintele orb și neimplicat și copilul nevăzut și neglijat

Ori de câte ori un copil este abuzat sexual, cineva închide ochii. Desigur, atunci când abuzul este incestuos, unul sau ambii părinţi neagă violarea corpului şi minţii copilului şi par să fie detaşaţi emoţional de victimă. Unii cercetători contemporani ai traumei (Steele, 1986; van der Kolk, 1987) menţionează pierderea ataşamentului securizant, emblematică pentru neglijenţa parentală, ca fiind o traumă profund devastatoare ce precede trauma sexuală, identificabilă mai distinct. Ne putem întreba, de fapt, dacă abuzul sexual al copilului ar putea continua în timp dacă părinţii ar fi alerţi, ataşaţi şi acordaţi la comportamentul şi viaţa emoţională a copiilor lor.

Unul dintre aspectele lumii internalizate a supravieţuitoarei adulte, atunci, este o relaţie între un părinte neglijent, indisponibil, şi un copil nevăzut, neglijat. Deoarece copilul îl iubea şi avea nevoie şi de acest părinte, această constelaţie relaţională este clivată de conştiinţă. Pacienta păstrează imaginea conştientă a unui părinte iubitor, disponibil, în vreme ce pune în mişcare, în terapie, configuraţia relaţională descrisă mai sus, îndelung ţinută la distanţă. În transfer–contratransfer pacienta pune în scenă, pe rând, o parte sau ambele

părți ale matricei relaționale, în vreme ce terapeutul se identifică proiectiv cu rolul complementar, pe care îl pune în scenă. Manifestările acestei paradigme de transfer–contratransfer sunt variate.

Pacienta se identifică uneori cu părintele ei și pune în scenă în ședințele de terapie răceala, indisponibilitatea și respingerea acestuia din urmă. Pacienta poate fi extrem de rezervată, rămânând tăcută pentru mult timp, sau poate răspunde minimal întrebărilor sau propunerilor clinicianului. Când se identifică, așadar, cu părintele neimplicat, pacienta îl poate acuza pe terapeut, verbal sau nonverbal, că o „deranjează"; că îi cere mai multă atenție decât e dispusă să ofere. Pacienta poate părea plictisită, disprețuitoare, preocupată narcisic, ostilă față de implicarea interpersonală căutată de clinician. În timpul acestor perioade de identificare cu părintele neglijent, pacienta își tratează propriile stări afective, nevoi emoționale și vulnerabilitatea cu aceeași nepăsare rece cu care îl tratează pe terapeut. Pacienta se poate chiar dojeni pentru orice urmă de „slăbiciune" emoțională, la fel cum părintele (părinții) ei i-a (i-au) respins odinioară, fățiș sau subtil, sentimentele și dorința de a fi îngrijită.

Frecvent, când pacienta se identifică cu părintele neimplicat, clinicianul preia contratransferențial rolul reprezentării de sine renegate a pacientei, cea de copil neglijat, nevăzut. Terapeutul se simte nedorită, neimportantă, profund privată de conexiunea vitală cu pacienta. Terapeutul poate începe să facă mari eforturi de a ajunge la pacientă și, atunci când aceste eforturi eșuează, așa cum s-a întâmplat atunci când copila se lupta să intre în contact cu părintele ei, terapeutul se poate simți frustrat, inadecvat, înfuriat și, în cele din urmă, deprimat. Terapeutul se poate face mic în fața răcelii cu care pacienta își tratează propria afectivitate și vulnerabilitate, simțind ca fiind aproape insuportabilă ostilitatea pacientei față de propriile

nevoi. În cele din urmă, terapeutul se poate simți tentat să renunțe, retrăgându-și interesul și empatia față de pacientă, și își poate chiar dori ca pacienta să plece din terapie.

Este crucial pentru terapie ca terapeutul să reziste tentației de a-și abandona emoțional pacienta, reproducând astfel respingerea parentală inițială a copilului. Păstrând în minte faptul că neglijența adesea ostilă a părintelui (părinților) neabuziv(i) a fost, din multe puncte de vedere, la fel de nocivă

pentru pacientă ca și abuzul sexual fățiș, clinicianul trebuie să continue să facă eforturi să rămână viu și în relație cu pacienta. El trebuie să fie atent cu precădere la semne de retragere emoțională precum somnolența, reveria sau pierderea atenției. Mesajul terapeutic față de pacientă este că terapeutul poate suporta insuportabilul; că poate tolera, conține, procesa și, în cele din urmă, face explicită neglijența profundă pe care a simțit-o pacienta când era copil.

Într-o altă punere în scenă a paradigmei părinte neimplicat–copil neglijat, pacienta se identifică apoi cu ea copil și reacționează față de clinician așa cum făcea odinioară, cel puțin la început, cu părintele ei. În acest caz, pacienta își neagă propriile nevoi și sentimente pentru a-și proteja terapeutul. Sigură că unicul mod de a obține resurse emoționale de la terapeut este de a avea grijă de nevoile percepute ale acestuia, pacienta este atentă și, cel puțin la suprafață, supusă terapeutului și exigențelor situației terapeutice. Asocierile pot părea să curgă liber, dar, de fapt, pacienta îl „protejează“ pe clinician de cea mai profundă durere, furie și suferință a ei. De asemenea, este foarte probabil ca ea să-și „protejeze” terapeutul de amintirile

abuzului ei, la fel cum altădată și-a apărat părintele de realitatea victimizărilor ei sexuale.

În această perioadă a terapiei, terapeutul poate coluziona cu matricea relațională pusă în scenă prin a nu vedea aspectele „sinelui fals" (Winnicott, 1960) din manifestările pacientei. Dacă această configurație de transfer–contratransfer se prelungește o vreme, este probabil ca pacienta să se înfurie că iar nu este văzută sau auzită cu adevărat. Așa cum a făcut când era copil, pacienta poate cliva reacțiile de furie pentru a menține un atașament fragil față de terapeut/părinte. În loc să o exprime în ședință, pacienta își poate pune în act furia în relațiile extraterapeutice sau implicându-se în comportamente autodistructive precum automutilări, abuz de substanțe sau promiscuitate sexuală ori poate deveni din ce în ce mai deprimată. Când această matrice relațională este în joc, terapeutul se poate simți plictisit, iritat, din ce în ce mai furios, pe măsură ce are senzația că terapia s-a împiedicat într-o aparentă superficialitate. Din nou, este vital ca terapeutul să utilizeze contratransferul pentru a face explicită constelația relațională pusă în scenă în cabinet, mai degrabă decât să se retragă defensiv sau să o pedepsească în vreun fel pe pacientă, așa cum a făcut părintele în copilăria supraviețuitoarei.

În sfârşit, se poate dezvolta un transfer făţiş pe terapeut, ca părinte care nu vede şi nu se implică, în care pacienta îl percepe pe clinician ca nepăsător. Uneori, pacienta îl ceartă furioasă şi în mod repetat pe terapeut pentru că a „omis-o" cumva, nu a observat, auzit, interpretat corect, nu şi-a amintit sentimente, comportamente, fapte, vise, amintiri pe care pacienta le consideră esenţiale. Aici, pare că

nimic din ce face sau nu face terapeutul nu e „bine".

În acest caz, pacienta se identifică din nou cu un părinte ostil care avea pretenţia să fie îngrijit de copil şi care o certa pe pacientă pentru incapacitatea ei de a-i satisface perfect nevoile de adult. Făţiş sau subtil, acest părinte ameninţa cu abandonul în cazul în care copilul nu reuşea să se acordeze la nevoile lui emoţionale şi să i le gratifice. Sub criticile şi nemulţumirile uneori intelectualizate uluitor se află o pacientă îngrozitor de speriată care, ieşită din minţi la propriu, se străduieşte să se agaţe printr-un fir relaţional de terapeut în singurul mod pe care îl ştie, fără să-şi expună direct vulnerabilitatea şi dependenţa. Contratransferenţial, terapeutul, spre marea lui dezamăgire, poate pune în scenă prostie, uitare, inadecvare. Cu astfel de paciente se întâmplă ca terapeuţii, contrar obiceiului, să facă două programări la aceeaşi oră, să rateze o conexiune „evidentă" a asocierilor sau să uite materialul oniric. Clinicianul, identificat din nou cu aspectele clivate ale copilului, se simte panicat, prost, împietrit şi inadecvat. Poate începe să urască şedinţele cu pacienta. Încă o dată, este important ca terapeutul să folosească experienţa din contratransfer pentru a ajuta treptat la explicitarea groazei clivate a pacientei şi să se abţină de la abandonarea emoţională defensivă a supravieţuitoarei.

Matricea relaţională părinte neimplicat/copil neglijat este frecvent prima paradigmă de transfer–contratransfer care apare în terapie. Suntem de acord cu alţi autori (Bernstein, 1990; Burland şi Raskin, 1990; Gabbard, 1992) că, până când această configuraţie de transfer–contratransfer nu este pusă în scenă, identificată şi cel puţin parţial perlaborată, este improbabil ca pacienta să poată tolera deplin

recuperarea, perelaborarea şi integrarea amintirilor traumatice. Chiar şi pacienta care se prezintă la terapie într-o criză pricinuită de amintiri corporale nesimbolizate, de coşmaruri sau flashbackuri se îndreaptă, de obicei, odată ce

criza se domolește, către aspectul de tip părinte neimplicat/copil neglijat din terapie. Ea se întoarce la perlaborarea mai detaliată a materialului traumatic abia după ce această paradigmă de transfer–contratransfer a fost rezolvată, cel puțin parțial. Ocurențe ale acestei constelații transferențiale reapar totuși în diverse momente ale terapiei, uneori ca rezistență la continuarea recuperării amintirilor dureroase. La fel, următoarea matrice relațională pe care o vom discuta, abuzatorul sadic/victima neajutorată, plină de furie neputincioasă, poate deveni vizibilă sporadic, cu mult înainte de a ajunge punctul central al terapiei.

Abuzatorul sadic și victima neajutorată, plină de furie neputincioasă

Un aspect esențial al lumilor internalizate ale sinelui și obiectelor în cazul supraviețuitoarei abuzului sexual este relația dintre un abuzator lacom, sadic și impulsiv și o victimă îngrozită, neajutorată, plină de furie neputincioasă. La fel ca relația internalizată a pacientei cu părintele neimplicat, această paradigmă relațională este frecvent clivată din conștiință pentru a conserva o imagine pozitivă a răufăcătorului. Acest lucru este cu precădere adevărat atunci când abuzatorul era și un părinte iubit și necesar. Clivată din conștiință, constelația relațională este detectabilă în puternice fenomene de transfer–contratransfer care survin în terapie.

Funcționarea în această configurație relațională este deosebit de supărătoare atât pentru terapeut, cât și pentru pacientă, ambii percepându-se, pe sine și reciproc, ca victimă și abuzator. Deoarece această paradigmă relațională este atât de pervazivă în universurile relaționale interne și externe ale pacientei, manifestările de transfer și contratransfer sunt intense și variate.

Știm că orice copil care este traumatizat sexual de-a lungul unui interval de timp, mai ales de către un părinte, va internaliza și se va identifica cu acele aspecte ale abuzatorului care este, de asemenea, o persoană iubită și de încredere în viața copilului. Prin această identificare, copilul încearcă să-și mențină legătura cu abuzatorul, devenind ca el. Ca persoană adultă, identificarea inconștientă a pacientei cu abuzatorul îi permite să țină departe de sine ca neajutorată, îngrozită, violată. În schimb, își proiectează „slăbiciunea" pe altcineva, simțindu-se astfel, într-o oarecare măsură, mai

puternică. Apoi construiește o viziune relațională în care celălalt merită devalorizarea pe care i-o produce. Întregul proces reproduce, desigur, manevrele defensive ale abuzatorului original. În sfârşit, identificarea pacientei cu abuzatorul îi facilitează, de asemenea, exprimarea dispreţului și furiei pe care o ține, de regulă, în afara conştientizării, din cauza forţei sale.

În transfer, una dintre manifestările caracterului abuziv al pacientei este tendința ei de a penetra și invada granițele personale și psihice ale terapeutului. Unele paciente, de exemplu, țâșnesc literalmente în spațiul terapeutic, intrând în cabinet într-un mod intruziv, violent. Uneori, pacientele au ciocănit la ușa cabinetului sau chiar au deschis-o, deși știau foarte bine că terapeutul era în ședință. În plus, unele

paciente au un mod de a-l privi intens și pătrunzător pe terapeut, ca și cum ar încerca să intre în el și să-l controleze. Alte paciente observă și comentează permanent cu privire la numeroase aspecte ale înfățișării terapeutului sau cabinetului. Aceste comentarii sunt adeseori denigratoare sau seducătoare și, chiar și atunci când este vorba de complimente, insistența lor poate fi tulburătoare. Supraviețuitoarele adulte sunt adesea și acordate la stările terapeutului; interpretările precise și insistente ale acestor stări, pe care le oferă clinicianului, au o caracteristică invazivă și lipsită de limite. În sfârşit, aceste paciente manifestă adeseori o perseverență creativă de a afla informații despre viața privată a terapeutului. O pacientă, de exemplu, l-a cunoscut pe fiul terapeutului ei și s-a culcat cu el, provocându-i terapeutului o mare încurcătură terapeutică și personală.

Prin invadarea granițelor terapeutului, pacienta își trădează identificarea cu abuzatorul(ii) ei. În toate manifestările transferențiale ale acestei identificări, pacienta comunică o intenție inconștientă fantasmată de a pătrunde și de a controla diverse elemente din viața personală și profesională a terapeutului. În felul acesta, ea reproduce în terapie lipsa de respect brutală a abuzatorului și distrugerea rapace a granițelor ei fizice și psihologice. Abuzatorul nu avea nimic sfânt. Pentru pacienta care încearcă să-și controleze trauma timpurie simultan cu ținerea la distanță a vulnerabilității și fricii, identificarea inconștientă cu abuzatorul ei și punerea în scenă a lipsei de limite a acestuia îi oferă un oarecare sentiment de putere și de inviolabilitate.

Contratransferențial, terapeutul invadat de pacientă poate simți un mare

disconfort şi o anxietate anticipatoare de a fi expus şi penetrat. Identificat cu aspectele de victimă clivate ale pacientei, clinicianul se poate trezi îmbrăcându-se diferit, făcând ordine prin cabinet, încercând să intre în starea „adecvată“ şi evitând contactul vizual cu pacienta pentru a ţine la distanţă episoadele de intruziune. Clinicianul se poate gândi cu anxietate şi groază la şedinţele viitoare, cu mult timp înainte. În acest punct, terapeutul repune în scenă multe dintre comportamentele şi stările emoţionale resimţite de pacientă în relaţia cu abuzatorul(ii) ei şi încearcă să se protejeze de intruziunile inevitabile ghicind ce ar putea-o „provoca” pe pacientă şi remediind din timp sau evitând angajamentul real faţă de ea. Toate acestea reproduc, desigur, tipul de strategii pe care pacienta le folosea pentru a încerca să se protejeze de abuzatorul(ii) ei.

Un alt mod prin care pacienta îşi poate abuza terapeutul este prin cereri revendicative de atenţie, precum şedinţe suplimentare, telefoane între şedinţe, şedinţe prelungite ş.a.m.d. Adeseori, terapeutul este cel care a pregătit terenul pentru acestea, răspunzând la crize cu disponibilitate crescută. De exemplu, atunci când o pacientă se luptă cu flashbackuri sau amintiri corporale dezorganizante, clinicianul îi poate oferi întâlniri mai frecvente, răspunzând unei nevoi reale a pacientei. Cu toate acestea, deodată, terapeutul este asediat cu cereri de mai mult, şi mai mult, până când se simte copleşit. Iniţial el poate ceda solicitărilor crescânde ale pacientei, învinovăţindu-se chiar că el a iniţiat acest tipar. Totuşi, treptat, el poate începe să se simtă folosit, furios, dar incapabil să se extragă din ceea ce a devenit un mod obişnuit de relaţionare cu această pacientă.

Avem de-a face aici cu încă o reproducere dramatică a unei matrice relaţionale timpurii în transferul–contratransferul terapiei. Pacienta, în acest caz, exploatează disponibilitatea clinicianului şi, precum abuzatorul ei de odinioară, dezvoltă o cerere neostoită de mai mult. La rândul lui, terapeutul percepe aspecte ale sinelui victimizat al pacientei; îşi asumă vina pentru abuz, se simte violat şi furios, dar neajutorat în faţa pretenţiilor pacientei.

Încă o manifestare a identificării pacientei cu abuzatorul(ii) ei este reprezentată de repunerile în scenă autodistructive sau violente în care se implică adeseori pacienta. În acest caz, semnificaţia din transfer–contratransfer a punerii în act trădează rolul de abuzator al pacientei în

terapie. Când pacienta acţionează autodistructiv şi îl pune pe terapeut în faţa faptului împlinit, adesea însoţit de dovezi fizice vizibile, tulburătoare, precum tăieturi sau arsuri, avem de-a face, la un anumit nivel, cu un atac violent la adresa eficacităţii cu care terapeutul susţine şi conţine. Adeseori ai sentimentul că pacienta spune: „Uite ce e! Să nu te gândeşti vreo clipă că poţi avea vreo influenţă reală asupra mea, pentru că, în final, o să fac exact ce vreau eu".

Clinicianul confruntat cu punerea în act autodistructivă a unei paciente se simte adesea şocat şi paralizat de violenţa şi furia intensă inerentă acestor acţiuni. Frecvent, clinicianul se simte incapabil de a interpreta sau de a interveni în vreun fel, temându-se că acest lucru va provoca o escaladare a violenţelor. Terapeutul se simte atacat, neajutorat şi înfricoşat, întrebându-se până unde vor merge, în cele din urmă, punerile în act. El se simte şi prins în capcana punerii în act a pacientei

şi poate să încerce să găsească exact intervenţia potrivită pentru a îşi împiedica pacienta să piardă complet orice control.

În această paradigmă vedem încă o punere în scenă a relaţiei pacientei cu abuzatorul ei, în care ea îşi asumă rolul de victimă. La fel ca agresorul ei, pacienta deplasează impulsurile în acţiune directă, acţiune care îl îngrozeşte şi îl umple de furie neputincioasă pe terapeutul care, la rândul lui, îşi asumă rolul de victimă. Identificat cu aspectele victimizate ale pacientei, terapeutul se simte prins în capcană, paralizat şi hotărât să împiedice cumva escaladarea acţiunii. Acest lucru este, desigur, similar cu ceea ce pacienta simţea, copil fiind, luptându-se să împiedice escaladarea acţiunilor sexual abuzive.

Mai există cel puţin un mod în care aceste paciente pun în scenă identificarea cu abuzatorii lor, acela de distrugere a speranţei. În majoritatea cazurilor supravieţuitoarele adulte sunt îngrozite că lucrurile bune nu pot dura, că promisiunile vor fi întotdeauna încălcate în cele din urmă. În loc să aştepte apariţia dezamăgirii inevitabile, pacientele cu istoric de abuz sexual intervin adeseori în acumularea de anxietate care însoţeşte speranţa, preluând controlul situaţiei şi distrugând ceea ce sunt convinse că, oricum, este doar o iluzie. Fac acest lucru ameninţând cu întreruperea prematură a terapiei, reluând punerile în act autodistructive după lungi perioade de abstinenţă, dezvoltând noi simptome, precum tulburări psihosomatice, sau sabotându-şi

succesele extraterapeutice în relaţii sau profesie.

Contratransferenţial, terapeutul se simte descurajat de aceste atacuri la adresa speranţei care apar adeseori atunci când lucrurile par să meargă foarte bine în

terapie. Clinicianul se poate simţi deprimat şi este uneori tentat să se supună lipsei de speranţă prin retragere relaţională, pierderea energiei, amuţirea afectelor.

În această paradigmă observăm o altă repunere în scenă a trecutului pacientei. Adesea, copilul abuzat sexual trece prin perioade de speranţă, în care agresorul încetează abuzurile, dintr-un motiv sau altul, şi se manifestă mai constant ca obiectul bun după care tânjeşte copilul. Cu toate acestea, inevitabil, abuzul se repetă sau o surioară mai mică începe să fie abuzată de acelaşi agresor cu ştirea pacientei. În terapie, când există speranţă, pacienta se poate identifica cu agresorul şi poate face praf speranţa şi progresele. Identificându-se cu victima, terapeutul resimte disperarea şi descurajarea simţite odinioară de copilul victimizat.

Terapeuţii care lucrează cu paciente care pun în scenă o identificare cu un abuzator internalizat se trezesc înfăptuind un act de echilibrare terapeutică delicată. În măsura în care ignoră sau minimalizează caracterul abuzator al pacientei, ei recreează părintele orb, neimplicat şi, în cele din urmă, diminuează siguranţa resimţită a spaţiului analitic. În măsura în care rămân blocaţi într-o trăire contratransferenţială de victimizare, este probabil că vor evoca pacientei puternice sentimente de toxicitate şi vinovăţie. Aceste paciente se percep pe sine oricum ca fiind extrem de toxice şi se luptă cu o vinovăţie cronică, nedefinită. Când simt, inconştient, că l-au victimizat pe terapeut, iau naştere stări insuportabile de ruşine şi de vinovăţie. Pentru a se proteja de conştientizarea acestor afecte şi reprezentări de sine insuportabile, le proiectează pe terapeut, care este astfel perceput ca toxic şi meritându-şi atacul, iar ciclul se reia.

În cele din urmă, paradigmele de transfer–contratransfer puse în joc trebuie făcute explicite, pentru ca pacienta să poată începe să îmblânzească şi să integreze reprezentări de sine şi identificări în prezent renegate. Aceasta este o misiune delicată, atunci când pacienta se reprezintă pe sine ca abuzator, ori se identifică cu acesta. Supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual din

copilărie evită mai mult decât orice altă poziţie relaţională, recunoaşterea şi explicitarea identificării ei cu abuzatorul(ii) ei. Gândul că, de fapt, ar putea maltrata în mod sadic pe altcineva, după ce ea însăşi a fost maltratată atât de crud, o dezgustă şi o înfurie. Interpretarea prematură, posibil precipitată de dorinţa clinicianului de a se extrage din rolul de victimă, poate genera negare defensivă şi furie, în paralel cu menţinerea clivajului şi punerea în scenă a identificării. O interpretare prea timpurie poate duce, de asemenea, la intensificarea vinovăţiei şi autopedepsirii, cu scufundarea concomitentă a reprezentării sinelui abuziv în loc de integrarea ei.

Unii autori clasici (Greenacre, 1949, 1950, 1967; Shengold, 1989, 1992) consideră că explicaţia caracterului abuziv al supravieţuitoarei adulte a abuzului sexual rezidă în reactivarea impulsurilor şi fantasmelor sadomasochiste timpurii. Nu există nicio îndoială că paradigmele relaţionale încapsulate în terapia psihanalitică a acestor paciente conţin şi exprimă atât sadism, cât şi masochism. Cu toate acestea, credem că punctul de vedere clasic scapă din vedere atât ataşamentul iubitor faţă de abuzator — menţinut prin identificare —, cât şi groaza iraţională şi neverbalizată cuprinsă în reprezentarea sinelui ca victimă de care pacienta se apără printr-o punere în scenă a identificării cu agresorul. Luarea în considerare a acestor

factori îi poate ajuta pe terapeuţi să tolereze şi să îşi elaboreze reacţiile contratransferenţiale la pacienta ca agresor. Îşi pot apoi concentra intervenţiile pe iubirea, suferinţa şi groaza în jurul cărora se organizează pacienta atunci când este abuzivă.

Este crucial pentru terapie ca terapeutul să simtă şi să joace rolul de victimă a pacientei-agresor. Numai în felul acesta poate începe să simtă la nivel visceral teroarea, paralizia, lipsa de speranţă şi furia neputincioasă trăite de pacientă atunci când era copil. În acelaşi timp, recomandăm verbalizarea treptată a atacurilor şi cererilor abuzive ale pacientei şi, la nevoie, stabilirea de limite. Credem că acest lucru funcţionează cel mai bine atunci când sunt discutate cu pacienta groaza şi afecţiunea subiacente pentru abuzator. Agresivitatea poate fi interpretată ca o încercare de conservare şi control relaţional mai degrabă decât să-i fie prezentată drept o critică peiorativă a impulsurilor sadomasochiste.

În tipul terapiei psihanalitice cu o supravieţuitoare, o configuraţie de transfer–

contratransfer a pacientei ca victimă şi a terapeutului ca abuzator va alterna cu constelaţia pe care tocmai am descris-o şi va deveni limpede într-o multitudine de moduri.

În primul rând, există elemente inerente situaţiei terapeutice care pot da naştere la sentimente de victimizare în pacientă. Relaţia nu este egală, oricât de egalitarişti ne credem noi. O angrenăm pe pacientă într-o „terapie“ în timpul căreia, dacă avem succes, „penetrăm” barierele defensive pentru a „pătrunde“ în interiorul pacientei. Pacienta „se supune” unui tarif şi unui cadru stabilit de noi şi acceptă să se „deschidă" asociind liber şi împărtăşindu-ne materialul ei psihic. Toate aceste

aspecte ale terapiei psihanalitice sunt adesea deosebit de conflictuale pentru supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual; ele pot provoca un transfer pe terapeut ca abuzator, în timp ce pacienta îşi asumă rolul familiar de victimă. Pacienta se poate supune prompt şi pasiv exigenţelor situaţiei terapeutice, fără să-şi exprime explicit îndoielile şi resentimentele legate de cadru. Sau se poate răzvrăti cu furie împotriva tuturor elementelor parametrilor clinici. În ambele cazuri terapeutul poate începe să se simtă abuziv cu privire la chestiuni de cadru, de regulă minim conflictuale. Pentru a scăpa de această experienţă de sine tulburătoare, clinicianul poate ajusta cadrul, nu ca răspuns la nevoile reale ale pacientei, ci pur şi simplu pentru a evita să se simtă abuziv. Dintr-odată rolurile se inversează: terapeutul se simte victimizat, iar pacienta este văzută de acesta ca manipulatoare. În realitate, terapeutul a pus în act pentru a nu se mai simţi abuziv!

Uneori terapeutul joacă inconştient în scenă un rol intruziv, dominator faţă de pacientă, pentru că, în mod conştient, este hotărât să nu se comporte ca părintele neimplicat al pacientei. Când se întâmplă acest lucru, clinicianul intervine adeseori pentru a limita vreun gen de punere în act autodistructivă. În acest caz, terapeutul îşi asumă controlul minţii şi corpului pacientei prin spitalizări nenecesare sau cerându-i angajamentul în contracte complicate, fundamental inaplicabile, cu privire la comportamentul ei. Adeseori pacienta joacă un rol complementar. Este posibil ca, pentru o perioadă îndelungată de timp, să-şi fi chinuit, în mod provocator şi abuziv terapeutul cu comportamentul ei, dorind inconştient ca acesta să preia controlul funcţionării ei. În cele din urmă terapeutul are o reacţie şi atunci, din nou, are

loc o schimbare bruscă de roluri. Pacienta abuzivă devine victima abuzului contratransfer al terapeutului victimizat. Pacienta se înfurie pe terapeut pentru trădarea acestuia din urmă, iar terapeutul rămâne perplex şi vinovat.

O punere în scenă foarte asemănătoare apare atunci când un terapeut care a fost dojenit cu dispreţ de către pacientă, uneori luni de zile, explodează „dintr-odată" într-un atac verbal asupra pacientei. Pacienta, până atunci abuzivă, devine victima rănită; clinicianul abuzat anterior devine, în consecință, un agresor sadic verbal.

Alte moduri, mai subtile, prin care terapeutul pune în scenă abuzivul sunt reprezentate de interpretările premature, chestionarea intruzivă sau încurajarea pacientei să vorbească despre o amintire traumatică, dincolo de ceea ce este recomandabil terapeutic, pentru satisfacerea fascinației voaioriste față de experiența abuzivă. În fiecare dintre aceste cazuri, terapeutul, într-o punere în scenă a victimizării, exploatează vulnerabilitatea şi dependența pacientei, la fel cum odinioară pacienta a fost exploatată de abuzatorul ei. Pacienta, la rândul ei, poate să reacţioneze, arătându-se rănită, sau se poate supune pasiv la aspectele victimizante ale terapeutului, acumulând, în acelaşi timp, furie neputincioasă, neverbalizată.

Interacţiuni sexuale între pacientă şi terapeut

Cea mai gravă punere în scenă a abuzului din partea analistului/victimizării pacientei apare atunci când părţile se implică într-o relație sexuală explicită. În acest caz, la fel ca în cazul traumei originale, identificările, în forma reacţiilor de

transfer–contratransfer, sunt exprimate în fapt, şi nu în simbolizare. Rezultatul, desigur, este o retraumatizare tragică a pacientei. Este tentant să explicăm toate aceste astfel de întâmplări printr-o psihopatologie gravă a terapeutului. O anumită formă de identificare patologică nerezolvată reprezintă, în fapt, un factor în toate relațiile sexuale explicite dintre un terapeut şi pacienta lui. În plus, terapeutul este în cele din urmă responsabil pentru menţinerea graniţelor terapeutice necesare. În acelaşi timp, faptul că relațiile sexuale cu terapeuți sunt cel mai adesea reclamate de supraviețuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie (Kluft, 1990c) trădează, de asemenea, puterea presiunilor din transfer–contratransfer de a

pune în scenă mai degrabă decât de a simboliza; aceste presiuni trebuie recunoscute în terapia cu acest segment de paciente.

În identificarea ei cu abuzatorul, supraviețuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie pune în joc o varietate de-a dreptul uluitoare de comportamente de seducție, ademenire și insistență care, prin intermediul identificării proiective, sunt capabile să trezească în clinician o confuzie și o dezorientare comparabile cu cele ale copilului a cărui percepție a realității a fost atât de serios atacată. În acest caz, abuzatorul din pacientă menține o investire intensă în repunerea în scenă a traumei din copilărie de data aceasta, cu rolurile inversate. Această compulsie de a repeta abuzul sexual în relația terapeutică reprezintă triumful suprem al introiectului sadic. Deși pacienta poate avea, conștient, o iluzie de control — de data aceasta ea este cea care va iniția și va controla acțiunile sexuale într-o relație de iubire autentică —, punerea în scenă oferă, de asemenea, în mod tragic, o „dovadă" la fel de

iluzorie, faptul că ea este extrem de seductivă și periculos de nocivă, că poate face pe oricare bărbat să-și piardă mințile.

Într-o manifestare obișnuită a tendinței de a repeta, pacienta, în cea mai atrăgătoare ipostază a sa de copil rănit, apelează la terapeut ca protector și salvator. A fost atât de traumatizată sexual de către abuzatorul ei inițial, încât „are nevoie“ de o experiență diferită a sexualității pe care „numai terapeutul ei i-o poate oferi”. Va fi terapeutică, pretinde ea, în ipostaza ei cea mai seducătoare și convingătoare. Aici ea pune în scenă o identificare cu un abuzator înfometat, infantil, ademenitor. În contratransfer, terapeutul se poate simți îndreptățit la acte de „re-parentaj și refacere" sexuală care încearcă să salveze viitorul sexual al pacientei, ascunse într-o grandiozitate analoagă încercării fiicei abuzate de a salva și îngriji un abuzator considerat de copil ca fiind pustiit și părăsit.

Într-un scenariu foarte diferit, cererile sexuale ale pacientei devin intruzive și agresive. Terapeutul primește telefoane erotice, este hărțuit sau urmărit de pacientă ori aceasta se dezbracă în fața lui. Aici pacienta pune în scenă o identificare evidentă cu părintele abuziv. Clinicianul, în ceea ce devine o reacție contratransferențială de tip „a căutat-o", se identifică cu acea parte a pacientei care se învinovățește pe ea însăși pentru abuzul suferit.

Aceste două scenarii sunt doar două dintre multele posibile. Ceea ce este limpede este că, ori de câte ori se ajunge la o relaţie sexuală reală între clinician şi pacientă, este distrusă orice speranţă pentru terapia ulterioară. Contactul sexual a luat locul atât de necesarei interpretări şi explicări a paradigmelor relaţionale. Realitatea

se prăbuşeşte cu un zgomot crud şi asurzitor peste spaţiul terapeutic, la fel cum s-a întâmplat mult prea devreme şi, în copilăria pacientei. Ceea ce rămâne este un terapeut abuziv care a interpretat greşit agresivitatea, nevoia, răzbunarea şi identificarea proiectivă ca atracţie acceptabilă, chiar iubire şi o pacientă grav, poate periculos de retraumatizată.

Oricât de tulburător este atât pentru terapeut, cât şi pentru pacientă, să relaţioneze ca abuzator şi victimă, numai prin punere în scenă, observarea şi interpretarea ulterioară a acestor constelaţii de transfer şi contratransfer, supravieţuitoarea abuzului sexual va putea integra în realitatea ei internă aceste reprezentări clivate ale sinelui şi obiectului. Acesta este un proces îndelungat şi reprezintă aspectul central al terapiei de orientare psihanalitică cu supravieţuitoare. Pe măsură ce pacienta perlaborează şi înţelege experienţele ei cu terapeutul ca victimă şi abuzator, ea începe să proceseze afectiv mai deplin pierderea inocenţei copilăriei şi a părinţilor buni fantasmaţi. În acest punct, o altă matrice relaţională, prezentă în terapie încă de la început, devine mai limpede şi preia un rol central în terapie.

Salvatorul idealizat, omnipotent şi copilul îndreptăţit

Sunt momente, de-a lungul terapiei cu o supravieţuitoare adultă a abuzului sexual din copilărie, când terapeutul este puternic tentat să pună în scenă rolul salvatorului omnipotent, altruist. Aceasta este o punere în scenă contratransferenţială care poate fi cu uşurinţă trezită, oricum, în mulţi clinicieni; la urma urmelor, ne-am ales să ne trăim vieţile ca salvatori profesionişti. Abuzul şi neglijarea

reclamate de supravieţuitoarele abuzului sexual şi dovezile vătămării psihice pe care, le manifestă suscită adeseori puternice reacţii de îngrijire. Acestea se pot amplifica în puneri în scenă mai hotărâte de salvare atunci când, de exemplu, pacientele sunt asaltate de amintiri corporale sau flashbackuri ori

retrăiesc evenimente traumatice în cabinet. Ne trezim dintr-odată că vrem să-l salvăm pe copilul zdrobit din faţa noastră de chinul pe care continuă să-l simtă când relaţiile abuzive internalizate sunt readuse la viaţă prin terapie. Simţindu-ne, probabil, vinovaţi că o „facem" pe pacientă să-şi amintească şi să retrăiască evenimente îngrozitoare din copilărie, acum hotărâm inconştient să le îndreptăm complet.

În parte, poziţia contratransferenţială a salvatorului omnipotent poate fi văzută ca o identificare cu o punere în scenă a încercărilor din copilărie ale pacientei de a-şi salva abuzatorul, sacrificându-şi creşterea şi propriile ei nevoi. Copiii abuzaţi, ca toţi copiii, se acordează inconştient la dorinţele relaţionale şi la tulburările psihice ale abuzatorilor lor. Cu un preţ personal imens, ei încearcă să repare infirmităţile adulţilor pe care îi iubesc. Una dintre cauzele ruşinii persistente a supravieţuitoarei este, de fapt, eşecul resimţit de a-l fi salvat pe abuzatorul pe care l-a iubit cu disperare, în ciuda abuzurilor comise de acesta.

Deşi clinicienii care lucrează cu supravieţuitoare adulte pot simţi şi pune în scenă de-a lungul tratamentului dorinţa de salvare, am constatat că această ipostază contratransferenţială este deosebit de intensă atunci când pacienta începe să integreze şi să-şi plângă pierderea copilăriei şi a părinţilor buni fantasmaţi. Durerea asociată acestei faze a terapiei este acută, poate chiar mai mare decât cea legată de

acceptarea realităţii traumelor sexuale. Pacienta, privată acum de fantasmele ei compensatorii, este pierdută şi pustiită. O pacientă spunea: „Asta e prea mult. Pot să duc abuzul... cred... poate că pot. Dar ideea că asta e tot ce voi avea vreodată, că atunci când îmi amintesc de copilărie tot ce simt este suferinţă şi groază şi singurătate... asta e prea mult... asta nu pot să duc. Nu pot suporta gândul că n-am fost şi nu voi fi niciodată copil".

Emoţia este copleşitoare în această fază a terapiei. Aceasta pune la încercare capacitatea terapeutului de a suporta disperarea pacientei şi limitele propriei sale capacităţi de a alina suferinţa. În timpul acestei faze impulsul de a salva este adeseori puternic. Cu toate acestea, dat fiind faptul că pacientei trebuie să i se permită să simtă şi să-şi exprime durerea pe deplin, este important ca terapeutul să se abţină de la a se înfăţişa ca salvator omnipotent, trunchiind astfel perelaborarea completă de către pacientă a pierderilor îngrozitoare.

Monitorizarea fantasmelor de salvare omnipotentă este unul dintre modurile prin care clinicianul poate face acest lucru.

Se mai întâmplă frecvent, mai ales în perioadele de doliu din terapie, ca pacienta să pună în scenă o reprezentare a sinelui îndelung clivată a copilului rănit care se aşteaptă să primească bunăoară compensaţii pentru tot ceea ce a suferit sau a pierdut. O fantasmă universală la supravieţuitoarele abuzului sexual pare a fi aceea că, odată ce renunţă la copilăria fantasmată populată cu părinţi iubitori, suficient de buni, cineva îi va oferi o nouă copilărie minunată. Acest cineva se întâmplă adeseori să fie terapeutul. În acest caz pacienta se gândeşte că, dacă acesta a

„făcut-o" să afle ce i s-a întâmplat şi a determinat-o cumva să renunţe la obiectele ei bune fantasmate, acum este rândul lui să compenseze toată durerea şi pierderea. Uneori cererile de compensare ale pacientei devin stridente şi revendicative. Adeseori, clinicianul profund mişcat de curajoasa călătorie terapeutică a pacientei consideră cererile pacientei perfect rezonabile şi începe să-i ofere compensaţia cerută. Noi am avut fantezii despre cum să le includem pe paciente în planurile de vacanţă, despre cum să petrecem după-amiezi în parc, sau să facem escapade de cumpărături în magazine de jucării.

În acest caz, clinicianului i se cere încă o dată să menţină un echilibru fragil. În parte, apariţia cererilor îndreptăţite de compensare a unei copilării pierdute reprezintă retrezirea unor aspiraţii relaţionale şi dorinţe de joacă îndelung îngropate, joaca fiind o activitate adesea străină supravieţuitoarelor abuzului sexual. Pentru ca acele dorinţe sănătoase să continue să se dezvolte, este crucial ca terapeutul să permită crearea unei iluzii în interiorul spaţiului terapeutic (Khan, 1971b) în care clinicianul şi pacienta se pot juca şi certa, şi iubi, şi urî cu pasiunea lipsită de ruşine şi vitalitatea proprii doar copiilor. În acelaşi timp pacientei trebuie să i se permită să se înfurie şi să facă doliu pentru pierderile primare, precum şi pentru limitele reparaţiei disponibile în interiorul relaţiei terapeutice (de exemplu, şedinţele se încheie, clinicienii îşi iau vacanţă, terapeutul şi pacienta nu-şi vor petrece Crăciunul împreună în mod real). Totuşi, dacă terapia merge bine în această etapă, prezenţa internalizată a terapeutului o va însoţi pe pacientă în zilele libere şi în vacanţe într-un mod care stimulează pasiunea, spiritul ludic şi dezvoltarea relaţională

continuă.

La fel ca în alte constelații de transfer–contratransfer discutate în acest capitol, pacienta și terapeutul vor pune în scenă, pe rând, pozițiile relaționale ale salvatorului și copilului îndreptățit.

Am descris deja gradul în care copiii abuzați încearcă să-i salveze pe abuzatorii tulburați psihic cu care intră în relație. Ca adulți, această pornire se combină cu nevoia, resimțită de toți pacienții, de a-și vindeca terapeuții (Searles, 1975) și se manifestă în terapie prin încercările pacientei de a-și salva terapeutul. Pacientele care au fost abuzate sexual sunt adeseori deosebit de sensibile și percep cu acuratețe stările afective și dinamica terapeutului. Frecvent, dacă o pacientă simte că terapeutul ei are o durere sau o suferință, va sări imediat cu drag să-l repare pe clinician. Suntem, desigur, conștiente că aceste eforturi afectuoase coexistă cu teama anxioasă a pacientei că trebuie să aibă grijă de terapeut, pentru ca atașamentul să nu-i fie amenințat. În acest stadiu ne concentrăm selectiv pe iubirea și recunoștința încapsulate în dorința de a repara.

Într-o seară, de exemplu, o pacientă a simțit cu precizie că terapeuta era preocupată de ceva neliniștitor și a avut grijă să vorbească despre chestiuni interesante și amuzante legate de serviciul ei. Terapeuta chiar s-a simțit mai bine până la finalul ședinței. Când au discutat ulterior despre această ședință — făcând explicite aspectele ei relaționale —, pacienta s-a arătat foarte bucuroasă că a putut avea o influență vindecătoare asupra terapeutei. Pe parcursul terapiei s-a referit de multe ori la acest incident cu recunoștință, pentru că terapeuta îi permisese să aibă grijă de

ea în această manieră. Cu siguranță noi nu recomandăm analiza mutuală (Ferenczi, 1932) în care analistul îi împărtășește cu regularitate pacientului probleme personale și îl folosește pe acesta din urmă ca terapeut. Sugerăm, cu toate acestea, că o punere în scenă de transfer–contratransfer care va apărea în terapia cu o supraviețuitoare este cea a pacientei ca salvatoare a clinicianului și că, atunci când aceasta se petrece spontan, ca în vinieta de mai sus, poate fi terapeutic pentru pacientă să reușească să-și vindece terapeutul. Printre altele, aceasta domolește sentimentul intens de sine al pacientei ca fiind toxică.

În plus față de încercările specifice ale pacientei de a-și salva terapeutul, terapia psihanalitică cu supraviețuitoare ale abuzului sexual îi împinge pe clinicieni la limita creativității, atenției și disponibilității. Auzim iar și iar de la terapeuți care lucrează cu acest tip de paciente că aceste terapii îi împing dincolo de hotarele formării lor, modurilor lor mai tradiționale de gândire, proceselor și rezultatelor propriilor lor analize personale; aceste observații sunt în concordanță cu propriile noastre experiențe. Lucrul cu supraviețuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie cere o sensibilitate, o prezență, o combinație relațională de forță, disponibilitate și vulnerabilitate care sunt atât terifiante, cât și structurante. Clinicienii care permit acest lucru vor fi transformați de munca lor, „salvați", dacă vreți, de limitările lor personale și profesionale.

În sfârșit, să privim la terapeut în poziția de copil îndreptățit. Această reacție contratransferențială este suscitată adesea atunci când terapeutul simte că a dat și a dat, și a tot dat, iar pacienta înfometată afectiv îi cere tot mai mult, fără să dea

vreun semn de recunoștință. În aceste puncte ale terapiei, terapeutul se poate identifica astfel cu o reprezentare a sinelui copilului abuzat clivată care, cu cât îi dădea mai mult abuzatorului, cu atât i se cerea mai mult. Terapeutul se poate simți folosit și îndreptățit la o oarecare recunoaștere a eforturilor sale terapeutice. Clinicianul ar putea fi tentat să se răzbune îndepărtându-se de pacientă, care atunci se va simți abandonată și pustie.

Seducătorul și persoana sedusă

O atmosferă de seducție plutește în terapia de orientare psihanalitică a supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie. De-a lungul tratamentului, terapeutul și pacienta se seduc și se lasă seduși unul de celălalt. Totuși, dacă terapia este reușită, va exista, în timp, o transformare în natura și percepția seducțiilor reciproce.

La începutul terapiei și pentru o perioadă lungă de timp, este posibil ca pacienta să perceapă reprezentări ale sinelui clivate, în care flirtul și seductivitatea fățișă sunt groaznic de periculoase. Acestea sunt lucruri care, la urma urmelor, în mintea pacientei au băgat-o în bucluc de la bun început.

Totuşi, de la o vârstă fragedă, această pacientă a fost învăţată să seducă şi să fie sedusă, pentru a menţine o relaţie primară. E ceea ce ştie să facă cel mai bine. Aşa că, la începutul terapiei, caracterul seducător al pacientei este clivat şi pus în scenă sau proiectat în timp ce, conştient, menţine o atitudine de faţadă conservatoare din punct de vedere sexual, chiar rigidă, prin care disprețuiește atractivitatea sexuală a altora.

Mai întâi pacienta se poate înfăţişa îmbrăcată provocator şi poate flirta deschis dovedind, în acelaşi timp, o lipsă totală de conştientizare a impactului ei asupra celorlalţi. Clinicianul poate fi uluit de discrepanţa totală dintre înfăţişarea ei fizică şi obiceiurile şi convingerile ei, susţinute conştient, despre sine. O pacientă, de exemplu, venea cu regularitate la şedinţă în fuste mini mulate şi maiouri cu spatele gol. Şi, stând tolănită provocator pe fotoliu şi privind galeş spre terapeut, judeca frecvent transformarea femeilor din societatea modernă în obiecte sexuale şi îi critica pe bărbaţii care îi făceau avansuri.

Terapeutul care se confruntă cu această seductivitate clivată, dar intensă se poate simţi atât atacat, cât şi excitat sexual. Există în acest stadiu o oarecare agresivitate în seducţiile pacientei, percepute adeseori de clinician drept hărţuiri. În acelaşi timp, terapeutul poate reacţiona erotic la sexualitatea pură a pacientei din faţa lui şi apoi se poate simţi vinovat de a fi avut sentimente sexuale pentru o pacientă care a fost atât de serios abuzată în trecut de o persoană cu autoritate. Fie că se simte victimizat sau excitat, senzaţia terapeutului este de suprastimulare, aidoma aceleia avută de pacientă odinioară, şi poate fi tentat să se retragă autodefensiv din relaţia emoţională cu pacienta. Totuşi, este important ca terapeutul să rămână implicat în vreme ce îşi procesează reacţiile contratransferenţiale. Este posibil ca retragerea să trezească pacientei ruşine şi sentimentul că este toxic.

Nu toate supraviețuitoarele se manifestă prin seductivitate clivată sub forma unei faţade provocatoare. Unele paciente se îmbracă şi se fardează decent sau chiar asexual. Totuşi, în fazele de început ale terapiei este posibil să existe un

puternic sentiment de seductivitate clivată care va intra în joc în spațiul terapeutic.

Un alt mod prin care pacienta îşi poate seduce iniţial terapeutul este aţâţarea

acestuia cu dezvăluiri parţiale legate de viaţa ei intrapsihică şi interpersonală, în care îi oferă fragmente ispititoare ale unor amintiri traumatice. Aici nu este vorba despre efortul dureros de dificil al pacientei de a recupera amintirile sau de a verbaliza, în sfârşit, inexprimabilul din trecutul ei de abuzuri şi nici de frica ei de-a fi văzută şi expusă prin verbalizările ei. Este o seducţie clivată care este construită inconştient pentru a-l suprastimula şi frustra pe terapeut. Din nou, vedem o repunere în scenă a suprastimulării şi frustrării sexuale şi relaţionale a pacientei de către abuzatorul ei sexual de când era mică. Aici, ca şi mai înainte, atenţia terapeutului la contratransferul lui este ceea ce îi permite să diferenţieze tachinările seducătoare de dificultăţile pacientei bazate pe ruşinea şi frica de a vorbi deschis. Când seductivitatea este în joc, terapeutul poate pune limite, aşa cum copilul abuzat nu a putut face niciodată, interminabilelor aţâţări, întrebându-se, împreună cu pacienta, cu privire la paradigma relaţională pusă în scenă în cabinet, făcând în cele din urmă explicite chestiunile de transfer–contratransfer manifestate.

Terapeutul se manifestă şi el seducător în relaţia cu pacienta în faza iniţială a terapiei. Se poate trezi detectând un ton neobişnuit de seducător atunci când i se adresează pacientei sau o poate tachina să-i dezvăluie mai multe despre ea într-o manieră cu nuanţă erotică. Pe de altă parte, clinicianul se poate simţi atât de preocupat şi de vinovat din pricina reacţiilor sexualizate faţă de pacientă, încât le poate cliva, într-un proces similar cu al pacientei, şi va înfăţişa, în schimb, o mască rigidă

de supracontrol care sufocă terapia şi trezeşte pacientei groaza cu privire la puterea propriilor ei impulsuri sexuale.

De-a lungul acestei faze prelungite a terapiei, terapeutul este provocat să-i transmită supravieţuitoarei că sentimentele sexuale şi seductivitatea sunt aspecte acceptabile ale naturii umane, menţinând în acelaşi timp integritatea graniţelor terapeutice. Combinaţia de acceptare, disponibilitate şi graniţe este ceea ce îi permite, în cele din urmă, pacientei să facă diferenţa între seducţia benignă şi malignă, deschizând calea integrării propriei sexualităţi. Newirth (1992) descrie foarte bine acest aspect atunci când afirmă: „Terapia reuşită a pacientelor abuzate sexual implică dezvoltarea unei identităţi pozitive ca femeie care-şi poate percepe sexualitatea şi se poate simţi dezirabilă, fără să simtă vinovăţie, ruşine sau fără o raportare sadomasochistă. (...) Sentimentele

sexuale în contratransfer pot implica recunoaşterea capacităţii pacientei de a fi o fiinţă sexuală fără ameninţarea acţiunii... Capacitatea de a recunoaşte pacientele ca fiinţe sexuale, ca femei care simt dorinţă şi sunt dezirabile, este o componentă importantă în integrarea în personalitate a sinelui pacientei abuzat sexual" (pp. 15, 17).

Pe măsură ce pacienta şi terapeutul ajung să accepte şi chiar să se bucure de sentimentele sexuale reciproce, natura seducţiilor reciproce dintre terapeut şi pacientă începe să se transforme.

O perioadă foarte emoţionantă a terapiei cu o supravieţuitoare adultă cuprinde o fază în care pacienta şi clinicianul se implică într-un soi de idilă oedipiană care facilitează refacerea reparatorie a impulsurilor sexuale, ţinute la distanţă vreme

îndelungată, ale fostei victime. Pacienta, la început timidă şi ruşinoasă, apoi mai conştientă, flirtează cu terapeutul pentru care are acum sentimente romantice, copilăroase. Îi poate face complimente despre felul în care arată, îi poate oferi flori, mâncare, poezii sau alte mici cadouri şi produce asocieri deschise sau derivate ale inconştientului care sugerează gelozia faţă de parteneri reali sau fantasmaţi şi alte paciente din viaţa acestuia. Este un dor posesiv faţă de terapeutul pe care pacienta îl priveşte acum cu adoraţie, ca un copil. Clinicianul, la rândul lui, se simte flatat, mişcat şi foarte amuzat de forţele oedipiene aflate în joc.

Recomandăm ca terapeutul să accepte şi să participe la idila oedipiană a pacientei. Respectându-ne convingerea ca noile aspiraţii relaţionale să fie puse în scenă, mai degrabă decât să fie explicitate, ne bucurăm alături de pacientă de sentimentele ei romantice. Precum un părinte suficient de bun (Winnicott, 1960), ne punem la dispoziţia fantasmelor oedipiene ale pacientei, menţinând, în acelaşi timp, graniţele terapeutice. În acest stadiu al terapiei, pacienta va fi atentă la orice semn de dezaprobare sau respingere a sexualităţii ei care renaşte. În acelaşi timp, va fi hipervigilentă la indiciile unui abuz iminent. Nefiind încă pe deplin convinsă că nu sexualitatea ei este ceea ce a provocat abuzul, şi neglijenţa parentală care l-a însoţit, făcând-o astfel periculoasă şi nocivă pe vecie, pacienta va pândi atentă orice semn că terapeutul este excitat incontrolabil sau crispat intimidat de aceste noi preludii relaţionale.

Dacă această perioadă a terapiei se desfăşoară cu bine, la un moment dat pacienta va trece într-o etapă de dezvoltare mai adolescentină a aspiraţiilor sexuale

direcţionate asupra terapeutului. Copilul timid şi ruşinos este dintr-odată o adolescentă postpuberală care va experimenta noi tunsori, machiaje şi stiluri de modă. Ca o adevărată adolescentă care se luptă să-şi integreze sexualitatea şi să-i dea un sens, pacienta vine într-o zi într-o salopetă de fetiţă, apoi într-o ţinută business, iar apoi ca o tânără extrem de sexy radiind scântei de sexualitate. În acelaşi timp, pacienta testează capacitatea terapeutului de a-i permite să se implice în relaţii extraterapeutice intime. Adeseori, adolescenta abuzată sexual, mai ales supravieţuitoarea incestului tată–fiică, este acaparată cu posesivitate de către abuzator sau este complet respinsă atunci când caută compania altor tineri. Prin urmare, în terapie, pacienta va fi extrem de atentă la orice dovezi că terapeutul ar intenţiona să interzică aspiraţiile relaţionale extraterapeutice normale sau că îşi va abandona complet pacienta care caută intimitate în afara diadei terapeutice.

Clinicianul care lucrează cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual poate fi chiar surprins, în această fază a terapiei, de sexualitatea recent înmugurită a pacientei. De fapt, terapeutul poate fi gelos, posesiv sau se poate simţi abandonat pe măsură ce pacienta caută relaţii extraterapeutice noi sau mai intime, poate fi gelos pe atractivitatea crescută şi vitalitatea sexuală a pacientei. În sfârşit, desigur, terapeutul se poate simţi excitat sexual şi atras de pacientă într-o manieră deconcertantă şi care trezeşte vinovăţie sau ruşine. Capacitatea clinicianului de a-şi accepta şi elabora reacţiile contratransferenţiale faţă de transformarea pacientei într-o fiinţă sexuală mai integrată, fără să o abandoneze sau să se agaţe posesiv de ea, este ceea ce va facilita, în cele din urmă, confortul crescut al pacientei propriilor

impulsuri sexuale şi stăpânirea acestora.

Este o realizare impresionantă atunci când supravieţuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie şi terapeutul ei se acceptă şi se apreciază reciproc, relativ neconflictual, ca fiinţe sexuale care împărtăşesc o sumă de sentimente şi fantasme reciproce — unele erotice —, dar care respectă şi graniţele dintre ei.

De dragul simplităţii şi clarităţii, cele opt ipostaze de transfer–contratransfer

sunt prezentate aici în termeni de patru matrice relaţionale care cuprind configuraţii interactive complementare. Sigur că viaţa în cabinet nu este atât de schematică, de simplă şi de clară. Aşa cum spuneam mai devreme, schimbările de transfer şi contratransfer în această activitate sunt rapide şi derutante pentru lungi perioade de timp. La un moment dat, terapeutul poate simţi că-şi abuzează pacienta cu o interpretare pătrunzătoare, prematură, pentru ca numai câteva momente mai târziu să fie pus în rolul experienţial de victimă de către pacienta care îl ceartă pe clinician pentru prostia lui. Câteva momente mai târziu, probabil atunci când Sinele copilului abuzat a ieşit la iveală şi plânge ghemuit pe divan, terapeutul devine salvatorul care fantasmează că îşi înveleşte pacienta cu o pătură călduroasă. În sfârşit, capacitatea terapeutului de a intui, de a pune în scenă, de a observa şi, în cele din urmă, de a ajuta la explicitarea tuturor ipostazelor relaţionale asumate de fiecare membru al diadei terapeutice, fără a se bloca în niciunul dintre rolurile sau paradigmele relaţionale, este ceea ce face ca terapia să meargă înainte, facilitând pacientei identificarea, perlaborarea şi integrarea unor reprezentări ale sinelui şi

obiectului îndelung fragmentate.

CAPITOLUL 10

Transfer și contratransfer: un studiu de caz

Pentru a clarifica mai în profunzime modul în care transferul şi contratransferul se dezvoltă şi sunt analizate în terapia unei supraviețuitoare a abuzului sexual, vom dedica acest capitol unei viniete clinice detaliate.

Belinda este o tânără de 36 de ani, extrem de atrăgătoare, cu părul negru, lung şi ondulat şi nişte ochi mari, verzi. Este în terapie psihanalitică de două ori pe săptămână, de şase ani.

Pacienta este singurul copil al unei familii din pătura superioară a clasei de mijloc în care ambii părinți aveau cariere de succes. După ce a absolvit *summa cum laude* un mic colegiu regional, mama Belindei a primit o bursă pentru un masterat la o facultate de top, unde l-a cunoscut pe Timothy, tatăl Belindei. Angela şi Timothy s-au căsătorit la o săptămână după absolvire, iar Belinda s-a născut trei ani mai târziu. Sarcina nu fusese planificată şi era nedorită de Angela, care simțea că o costase o avansare importantă. Timothy, în schimb, s-a bucurat de venirea pe lume a fiicei lor.

Părerea Belindei despre mariajul părinților ei era că Angela îşi disprețuia soțul, pentru că nu se ridicase la înălțimea potențialului lui şi a promisiunilor pe care i le făcuse înainte să se căsătorească. Deşi avea succes, el nu era atât de obsedat de carieră ca soția lui, iar Angelei se părea că îi displăcea acest lucru. La vremea când Belinda avea 7 ani, mama ei îl denigra verbal pe Timothy, constant şi agresiv.

Angela stătea la birou din ce în ce mai mult şi din ce în ce mai des, iar Timothy dormea frecvent în camera de oaspeți şi începuse să bea serios seara. Acum Belinda presupune că mama ei avusese una sau mai multe relații extraconjugale de-a lungul copilăriei ei.

Relația din copilărie a Belindei cu mama ei părea centrată în jurul unui ritual matinal în care fetița privea fascinată cum mama ei se îmbrăca, se coafa şi se farda cu mare atenție. În afară de această interacțiune zilnică, Belinda nu prea îşi vedea mama şi era lăsată mai ales în grija tatălui şi a unei serii de bone. Belinda avea sentimentul că, atunci când era copil, tânjise să fie la fel de importantă pentru mama ei pe cât părea să fie cariera. Belinda se simțea

inadecvată şi cumva „defectă" pentru incapacitatea ei de a câştiga atenţia sau afecţiunea mamei.

Pe de altă parte, Belinda îşi adora tatăl şi îi părea rău pentru el. Adeseori luau cina doar ei doi. Uneori, Belinda stătea pe scaunul mamei ei şi „ciocnea“ cu tatăl ei aşa cum văzuse că fac adulţii la petreceri. După cină, tatăl şi fiica se uitau împreună la televizor; în cele din urmă Belinda a învăţat să-i prepare tatălui ei whisky cu gheaţă. Uneori, atunci când Angela venea acasă şi îi găsea pe Timothy şi Belinda împreună, făcea observaţii sarcastice, referindu-se la soţul şi fiica ei drept un cuplu. Belinda şi-a amintit o astfel de remarcă usturătoare a mamei: „Ia te uită, ce drăgălaşă scenă casnică! Tim, trebuie să recunosc că ea e de nivelul tău. Dar tu, Belinda, dragă, tu sigur ai putea găsi unul mai bun.” Belinda avea 6 ani la vremea aceea.

Când Belinda avea 7 ani, tatăl ei a început să o abuzeze sexual. Când se uitau

la televizor, Timothy o ţinea pe Belinda pe genunchi şi o săruta indecent, o lingea pe urechi şi pe gât şi o mângâia pe coapse, spunându-i cât de dulce şi de moale este şi numind-o „iubiţica deosebită a lui tati". Într-o noapte, la scurtă vreme după ce începuseră aceste activităţi, Belinda a fost trezită de un miros de whisky şi l-a văzut pe tatăl ei care era întins lângă ea şi îşi lipea de ea penisul erect. Speriată, confuză, dar dorindu-şi totuşi să aibă grijă de tatăl ei, Belinda a rămas întinsă în timp ce tatăl ei şi-a pus penisul între picioarele ei şi a început să le mişte înainte şi înapoi până a avut orgasm şi a ejaculat. Cu timpul, molestările au început să se petreacă aproape în fiecare noapte şi au ajuns să includă mângâierea sânilor Belindei, penetrarea digitală a vaginului, felaţie şi cunilingus. Abuzul s-a încheiat abrupt când Belinda avea 13 ani, după ce tatăl ei a avut contact sexual cu ea pentru prima dată. După acest incident, care este posibil să-l fi speriat pe Timothy, Belinda a simţit că tatăl ei s-a îndepărtat complet de ea. Venea rar pe acasă şi îşi petrecea cele mai multe seri într-un bar din centru.

Odată, când avea 9 ani, Belinda a încercat să-i spună mamei despre abuz: „Mami, tati vine uneori noaptea în camera mea şi chestia aia i se face mare şi o freacă de mine“. La care Angela i-a răspuns sarcastic: „Belinda, te rog, nu fi ridicolă. Tatălui tău îi e imposibil să aibă erecţie, chiar şi cu o fetiţă de 9 ani. Ai vrea tu să fie aşa de bărbat. Dar n-a fost niciodată şi nu e nici acum. Aşa că avem ghinion, amândouă”.

La un moment dat Belinda a început să disocieze abuzul tatălui ei şi a clivat şi reacţia de neglijenţă ostilă a mamei ei la auzul dezvăluirii. Când a mers la un liceu

cu internat, la un an după ce încetase abuzul sexual, Belinda nu prea mai avea amintiri legate de traumele ei sexuale şi, de fapt, îşi amintea prea puţine lucruri despre copilăria ei, în general. Părinţii îi păreau nişte figuri ca de vis şi avea un sentiment de disconfort vag atunci când mergea acasă. Belinda a început să-şi aranjeze să petreacă sărbătorile acasă la prietene, două veri le-a petrecut la şcoală, sub pretext că face cursuri suplimentare, şi i-a convins pe părinţii ei s-o lase să lucreze, alte două veri, pe post de consilier de tabără.

La internat, Belinda a învăţat bine şi şi-a făcut două prietene apropiate cu care a rămas în relaţii şi la maturitate. În afară de aceste două fete, Belinda a stat la distanţă de majoritatea colegilor ei; îşi aminteşte că făcea parte tangenţial dintr-un număr de grupuri, dar nu se implicase prea intens în niciunul. În timpul anilor de liceu, a ieşit cu câţiva băieţi de la internat, dar nu a făcut sex cu niciunul dintre ei şi, de fapt, mai multe relaţii s-au încheiat, pentru că băieţii o considerau nereceptivă sexual. În acelaşi timp şi fără ştirea prietenelor ei, Belinda avea relaţii sexuale promiscue cu „orăşeni", băieţi şi tineri mai mari pe care îi întâlnea într-un bar din oraşul unde se afla internatul ei. În timpul anilor de internat, Belinda a început să şi bea şi, până să termine liceul, obişnuia să bea cel puţin jumătate de litru de whisky în fiecare seară. Deşi a încercat marijuana o dată sau de două ori, nu a devenit dependentă de nicio altă substanţă în afară de alcool. Tot în timpul liceului, Belinda a început să se taie cu o lamă, făcându-şi cu grijă crestături neletale între picioare, pe interiorul coapselor, acolo unde îşi punea penisul odinioară tatăl ei. În plus, ea a dezvoltat şi un tipar bulimic în care se îndopa cu dulciuri de câteva ori pe

săptămână, apoi voma. După ce voma sau se cresta, Belinda „se simţea mai bine“, deşi niciodată nu-şi putea da seama în ce fel se simţea „rău”; îşi amintea doar o descărcare de tensiune după aceste activităţi autodistructive.

După absolvirea liceului, Belinda a urmat literatura şi istoria la un colegiu Seven Sisters. Repetând experienţa de la liceul-internat, a avut rezultate şcolare bune, şi-a făcut două prietene apropiate şi a rămas în contact vag cu alte femei segmentându-şi relaţiile cu bărbaţi între întâlniri fundamental

nonsexuale cu colegi de facultate şi aventuri sexuale promiscue cu muncitori, de obicei mai în vârstă. La terminarea facultăţii, ajunsese să bea trei sferturi de litru de whisky pe zi şi continua cu crestăturile, înfulecatul şi vomatul.

După ceremonia de absolvire, Belinda a petrecut câteva luni în Europa pe banii părinţilor ei. Aceste şase luni sunt încă pentru Belinda o ceaţă de beţii, mahmureală şi promiscuitate sexuală. Adeseori se trezea lângă un bărbat despre care habar n-avea cine era sau cum ajunseseră să petreacă noaptea împreună. Frecvent era vorba de bărbaţi mai în vârstă, uneori căsătoriţi, pe care îi întâlnea la petreceri sau în baruri.

La întoarcerea în Statele Unite, Belinda a obținut un post ca asistentă a unui reprezentant de vânzări la o mare agenție de publicitate. Profesional s-a descurcat foarte bine, fiind promovată rapid ca reprezentant de vânzări pentru unul dintre cei mai importanți clienți ai agenției. Era respectată atât de colegi, cât și de clienți pentru capacitatea ei de a înțelege și de a acorda atenție atât nevoilor creative, cât și celor de afaceri ale clientului. Totuși, o critică permanentă în evaluările ei era că

Belinda bea prea mult la întâlnirile de protocol care erau parte din fișa postului ei. Din nefericire, alcoolismul ei s-a agravat în timpul celor șase ani cât a lucrat la agenție; la 29 de ani a fost concediată. La vremea aceea bea mai mult de un litru de scotch în fiecare seară. În anul următor a început terapia.

În cei şase ani cât lucrase în publicitate Belinda locuise singură. Menţinuse relaţiile cu cele patru prietene din liceu şi facultate, întâlnindu-se cel puţin cu una dintre ele săptămânal, dar, dincolo de asta, nu avea nicio altă prietenă. Belinda îşi continuase şi obiceiul de a merge la întâlniri nonsexuale cu bărbaţi „drăguţi" şi de a avea relaţii promiscue cu bărbaţi mai în vârstă, din care mulţi însuraţi, alcoolici pe care-i întâlnea prin baruri. Uneori nici măcar nu afla numele bărbatului cu care îşi petrecea noaptea. De-a lungul acestor ani a vorbit rar cu părinţii ei şi a continuat să se cresteze periodic cu lama, să înfulece şi să vomeze apoi mâncarea.

La scurtă vreme după ce a fost concediată din agenţia de publicitate, una dintre prietenele ei din liceu a luat-o la o discuţie serioasă. Femeia aceasta a confruntat-o cu privire la alcoolismul ei, la episoadele de bulimie şi

escapadele ei sexuale pe care prietena ei le bănuia în ciuda eforturilor Belindei de a le ține secrete, chiar și față de ea însăși. Ceva din îngrijorarea acestei femei a produs o schimbare în Belinda și în dimineața următoare s-a dus la prima ei întâlnire la AA (Alcoolicii Anonimi). În cursul anului următor, Belinda își făcuse multe relații în AA, selectând și lucrând cu un mentor senior grijuliu. Pe măsură ce renunța la alcool, a început să cerceteze haosul și contradicțiile din viața ei; de asemenea, a început să aibă senzații fizice supărătoare — vaginul i se contracta ori de câte ori vedea o sticlă de

whisky, uneori își simțea coapsele mari și umflate, iar mirosul de colonie bărbătească Old Spice îi provoca o mare greață. În cele din urmă, disocia; se simțea adeseori amorțită și „buimacă", iar timpul trecea ca într-un vis. O prietenă de la AA, care era supraviețuitoarea unui incest, i-a recomandat Belindei să facă terapie. A hotărât să încerce și a obținut o recomandare pentru o terapeută de la o alta, care îi făcuse o consultație de evaluare și suspecta un trecut de traumă sexuală.

Belinda avea aproape 30 de ani când a început terapia. În ciuda anilor de beții și comportament autodistructiv, era extrem de atrăgătoare. Vreme îndelungată a venit la ședințele de terapie fie în blugi mulați, cizme cu toc înalt și bluze foarte decoltate, de obicei roșii sau negre, fie în costumații lejere, pastelate care au dus-o pe terapeută cu gândul la hăinuțele de joacă ale copiilor, fie în ținute scumpe, cu croială impecabilă, „ultimul răcnet" al modei. Terapeuta avea să înțeleagă mai târziu că aceste ținute reflectau diverse părți ale organizării Eului Belindei și, la rândul lor, trădau schimbarea nivelurilor de funcționare.

În primele șase luni de terapie, Belinda a fost în criză. Era asediată de amintiri traumatice nesimbolizate, amintiri corporale și episoade disociative care o îngrozeau și o dezorganizau. Se întreba dacă înnebunea. Adeseori, singurul mod în care putea pune capăt unei stări de disconfort era să se cresteze, lucru care o făcea să revină, temporar, la o funcționare „normală". Transferențial, ea căuta în terapeută un salvator omnipotent în brațele căruia să se prăbușească și pe care să se bazeze că îi va alina suferința. Mai subtil, se aștepta ca terapeuta să preia controlul asupra minții, corpului și funcționării ei, ca să nu mai trebuiască să suporte durerea și

haosul cărora se străduia să le facă față. Terapeuta i-a răspuns Belindei

asigurând-o că experienţele dezorganizante pe care le încerca aveau o semnificaţie pe care o puteau descoperi împreună. Treptat, aceste asigurări au liniştit-o, diminuând panica pe care o simţea în legătură cu aceste stări.

Belinda trăia mai ales în afara şedinţelor disocieri, amintiri corporale nesimbolizate şi afecte puternice. În cabinet, pacienta stătea de obicei neclintită, relatând aceste evenimente absolut fără niciun afect. Ruptă de sentimentele ei, Belinda transmitea zbuciumul emoţional al trăirilor ei prin identificare proiectivă; terapeuta era cea care se simţea rău, îngrozită, debusolată şi care avea senzaţii fizice aparent inexplicabile, precum dureri sau contracţii vaginale, şi percepţia unor transformări ale mărimii corporale.

Pe măsură ce Belinda s-a convins că terapeuta credea că experienţele ei aveau o semnificaţie şi demonstra capacitatea de a tolera puterea acelei semnificaţii, a început să facă asocieri mai degrabă decât să relateze doar ce i se întâmplă. Astfel a început să recupereze amintirile abuzului sexual al tatălui şi ale neglijenţei ostile a mamei. Acest lucru se întâmpla mai ales prin apariţia unui imago disociat al copilului abuzat.

În această perioadă a terapiei a realizat terapeuta că existau de fapt, trei aspecte ale organizării sinelui Belindei. Pacienta adultă, întrupată în ipostaza impecabilă a Belindei, avea doar amintiri înceţoşate, bazate pe impresii, legate de trecutul ei traumatic. Izolată interpersonal, extrem de intelectualizată, lipsită de afect, aceasta era partea Belindei care avea succes profesional, îşi organiza latura

financiară a vieţii şi se întâlnea cu bărbaţi „cumsecade". O stare a Eului disociat al copilului abuzat, reprezentat concret de hainele de joacă ale Belindei, avea o organizare mult mai primitivă decât a pacientei adulte; aceasta era partea Belindei care îşi amintea traumele copilăriei. În sfârşit, partea adolescentină a Belindei, trădată de blugii mulaţi şi de tricourile sexy, punea în act furia şi ura asociate cu traumele. Aceasta era latura Belindei care bea, îşi făcea crestături cu lama, vomita şi se implica în activităţi sexuale de o promiscuitate periculoasă.

O şedinţă tipică din timpul acestei faze a terapiei includea adeseori apariţia, pe rând, a tuturor celor trei aspecte ale Belindei. La şedinţă venea de obicei partea ei adultă. Transferul ei principal faţă de terapeută cuprindea o dorinţă

ca aceasta să dea un sens experienţelor ei, să gândească atunci când ea nu putea şi să integreze pentru ea ceea ce era fragmentat. În acelaşi timp, Belinda se temea exact de capacitatea terapeutei de a pătrunde haosul şi confuzia care, la urma urmelor, o protejau de conştientizarea trecutului ei traumatic. Amândouă aceste transferuri ale pacientei adulte aveau o nuanţă distantă, intelectualizată, la care terapeuta reacţiona intern cu distanţă şi o oarecare indiferenţă. În acest caz, transferul pe terapeută ca salvator sperat şi ca abuzator era transmis de pacientă printr-o identificare cu mama acesteia internalizată şi o punere în scenă a indisponibilităţii. La rândul ei, terapeuta se simţea şi ea uşor indiferentă faţă de Belinda, repetând, deşi într-o manieră mai puţin extremă, neglijenţa mamei Belindei.

Atunci când aspectul disociat de copil abuzat al pacientei apărea pentru a verbaliza şi pune în scenă trauma, erau puse în joc constelaţii mai intense de

transfer–contratransfer. Existau două transferuri principale ale imago-ului copilului abuzat faţă de terapeută. Unul era faţă de terapeută ca salvator idealizat, omnipotent, care în sfârşit va asculta şi va alina durerea şi groaza în care a fost atât de multă vreme blocat şi izolat acest copil. La acest transfer terapeuta reacţiona cu sentimente puternice de dorinţă de a salva şi îngriji. Puternic mişcată de durerea, nevoile şi reziliența sinelui copilului abuzat, terapeuta fantasma adeseori că avea grijă ca o mamă de acest aspect al Belindei.

Un alt transfer al copilului traumatizat disociat era pe terapeută ca abuzator, încă un adult care în cele din urmă o va trăda sau o va abuza. Mai concret, partea de copil a Belindei se temea că terapeuta o va „face" să se apropie de latura ei adultă. Adoptând acest lucru ca scop ultim al terapiei, terapeuta se simţea ca un abuzator şi trădător al încrederii copilului. Uneori terapeuta era tentată să abandoneze demersul analitic pentru a avea pe veci grijă de copilul abuzat disociat. Aceasta, desigur, repeta, de asemenea, insistenţa tatălui Belindei ca fiica lui să rămână legată de el într-un fel care excludea creşterea şi autonomia.

Alte constelaţii de transfer–contratransfer coincideau cu apariţia şi lucrul cu aspectele adolescentine ale Belindei. Identificată cu omnipotenţa, furia şi teroarea implicită puse în scenă de amândoi părinţii ei, partea de adolescentă a pacientei îşi privea terapeuta, conştient şi defensiv, cu dispreţ, ca pe un

intrus incompetent şi ineficient care nu putea decât „să facă totul varză" pentru ea. Mai puţin conştient, partea adolescentină a Belindei tânjea după o persoană adultă care să stabilească limite cuvenite autodistructivităţii ei compulsive, ajutând-o să-şi conţină şi să-şi

exprime furia în moduri mai fericite şi, totodată, se temea de aceasta. Cu alte cuvinte, sinele adolescent îşi dorea să spere, dar, pentru că nu avea încredere în nimeni altcineva, distrugea speranţa pentru a menţine controlul şi pentru a se feri de o dezamăgire amară, inevitabilă. Această parte adolescentă a pacientei o critica şi pe terapeută care era percepută ca încercând să o seducă pe Belinda, făcând-o să creadă promisiuni deşarte de vindecare prin terapie. La rândul ei, terapeuta se simţea frecvent intimidată de puterea furiei sinelui adolescent şi de uluitoarea gamă de comportamente de punere în act manifestate de această latură a pacientei. Când Belinda îi arăta „mândră“ o crestătură pe care şi-o făcuse la câteva ore după ultima şedinţă sau „se dădea mare” că se culcase cu un membru nou de la AA, punând astfel în scenă abuzul tatălui ei, terapeuta se simţea atacată maliţios, neajutorată sau cădea pradă furiei neputincioase. Pe de altă parte, atunci când terapeuta încerca să obţină cooperarea şi încrederea Belindei, se simţea adeseori ruşinos de seducătoare şi se întreba dacă nu cumva, de fapt, îşi ademenea pacienta cu o promisiune de speranţă şi de vindecare pe care, de fapt, nu i le putea oferi niciodată.

Pe măsură ce Belinda adultă a devenit mai deplin conştientă de aspectele ei, până acum disociate, de copil şi adolescent şi a devenit mai conştientă de amintirile, motivele şi apărările acestora, s-a simţit trădată de terapeuta pe care o percepea ca forţând-o să privească şi să lucreze cu amintiri şi reprezentări ale sinelui şi obiectului cu care nu voia să aibă de-a face. De ce nu se putea ca terapeuta şi toate acele părţi ale ei să se care şi să o lase în pace? Frecvent, terapeuta se

identifica cu speranţa pacientei, pe care pacienta se temea să o simtă, şi reacţiona, inadecvat, cu optimism la pesimismul şi furia pacientei. Uneori, acest lucru era o replică a mamei neglijente a Belindei, preocupată narcisic de succesul profesional şi, astfel, lipsită de contact cu afectele şi stările interne ale Belindei.

În plus faţă de transferurile şi contratransferurile dintre terapeută şi fiecare

aspect al Belindei, mai erau transferuri şi contratransferuri care trădau reacţiile fiecăreia dintre părţi faţă de celelalte. De exemplu, Belinda adultă ura din suflet partea de fetiţă din ea, învinovăţind-o de suferinţa şi dezorganizarea din prezent, precum şi de abuzul iniţial. Belinda voia „s-o omoare şi s-o smulgă pe fetiţa aceea din ea“. Sinele–copil, pe de altă parte, simţea că Belinda adultă o trădase crescând şi, astfel, nu putea fi de încredere. În şedinţe, sinele–copil refuza capricios să-şi împărtăşească amintirile cu contrapartea ei adultă, simţind că Belinda adultă le-ar privi cu dispreţul cu care le tratase mama ei odinioară. Sinele–adolescent al Belindei, pe de altă parte, reacţiona cu superioritate protectoare faţă de copil. Era de acord că partea adultă trebuia să stea departe de viaţa copilului, afirmând că ea, adolescenta, va avea grijă atât de sine, cât şi de copil. Copilul, pe de altă parte, se temea de furia adolescentei şi de potenţialul de punere în act încapsulată în aspectele de adolescentă ale pacientei, dar respecta, în acelaşi timp, caracterul rebel al acestei părţi a Belindei. Sinele–adolescent o disprețuia profund pe pacienta adultă, certând-o pentru că era „moale” şi pentru refuzul de a recunoaşte abuzul sexual. Pacienta adultă, în acelaşi timp, se temea de furia şi ura intense încorporate în părţile mai adolescentine ale ei; Belinda adultă voia doar să-şi lase sinele–adolescent „să rămână

aşa". Era misiunea şi încercarea terapeutei de a prezenta fiecare parte a Belindei celorlalte într-o manieră nouă, interpretând motivele, temerile, durerea şi apărările fiecăreia faţă de celelalte.

După vreo patru ani, terapia a intrat într-o nouă fază. De acum, părţile de adult, copil şi adolescent ale pacientei se cunoşteau şi împărtăşeau conţinuturi psihice (de exemplu, amintiri traumatice, conştientizarea acţiunilor şi stărilor afective ale fiecăreia). Deşi pacienta era departe de a fi integrată, elemente disparate ale ei atinseseră un minimum de recunoaştere şi de acomodare. Perioada de criză a disocierii extraterapeutice extreme şi a reactualizării traumei prin amintiri corporale şi nesimbolizate trecuse. Se părea că Belinda, acum conştientă de multe aspecte ale neglijenţei şi abuzului ei din copilărie, lăsase iarăşi deoparte trauma sexuală pentru a explora mai detaliat şi a perlabora relaţia pre şi posttraumă cu mama.

Pentru o lungă perioadă de timp, terapia Belindei s-a centrat pe relaţia cu mama ei narcisică şi în mod ostil neglijentă. În timpul acestei faze a terapiei,

Belinda se identifica adeseori cu mama ei internalizată, îndepărtându-se de terapeută şi frustrând-o. Existau lungi tăceri ale pacientei în timpul cărora respingea orice încercare a terapeutei de a intra în contact cu ea. Frecvent, terapeuta avea o foame de lup după şedinţă şi, în general, se simţea respinsă, frustrată şi disperată pentru incapacitatea de a se conecta cu Belinda. Terapeuta s-a trezit făcând eforturi din ce în ce mai mari de a o implica pe pacientă, punând în scenă contratransferenţial încercările Belindei de a câştiga atenţia şi implicarea mamei ei.

În timpul acestei perioade a terapiei, a mai existat şi un transfer faţă de

terapeut ca victimă şi ca agresor. Convinsă că era incredibil de toxică, Belinda fantasma repetat că era plină de gândaci mici, negri şi murdari care ar fi putut ieşi din corpul ei, spre oroarea şi dezgustul terapeutei. Gândacii reprezentau rămăşiţele hranei psihice otrăvite pe care Belinda o primise de la amândoi părinţii ei; se simţea posedată de aceştia şi se temea că ei o vor înspăimânta şi dezorganiza pe terapeută, la fel cum o terorizaseră odinioară pe Belinda şi o aruncaseră într-un haos intern. Când Belinda vorbea despre gândaci, terapeuta simţea dorinţa de a o salva; fantasma că o lua în braţe şi îi scotea cu grijă gândacii sau o lăsa să-i vomite în coşul de gunoi în vreme ce îi ţinea cu grijă părul deasupra capului.

Sub transferul faţă de terapeută ca victimă a toxicităţii Belindei se afla, desigur, o teamă paranoidă că terapeuta, simţind dezgust faţă de Belinda, o va victimiza abandonând-o. De fapt, Belinda verbaliza uneori teama că terapeuta o va „izgoni din terapie“. Acest transfer includea elemente ale terapeutei ca seducătoare, oferind disponibilitate şi constanţă fragile şi care puteau să se prăbuşească, şi a terapeutei ca mamă ostilă care ar abandona-o abuziv gândacilor ei aşa cum odinioară mama o abandonase tatălui ei. Uneori terapeuta răspundea la aceste transferuri ca salvator omnipotent şi se simţea vinovată pentru unele „abandonuri” necesare, precum vacanţele sau zilele de concediu medical. Alteori, terapeuta se simţea victimizată de cererea implicită a Belindei ca ea să-şi dovedească iar şi iar dorinţa de a rămâne în relaţie cu pacienta pe durata terapiei.

Spre finalul acestei faze a terapiei, Belinda a riscat să fie mai vulnerabilă faţă de terapeută, exprimându-şi direct sentimentele, atât de iubire, cât şi de ură. Acum

terapeuta a devenit în transfer o mamă îndelung dorită, suficient de bună, nici ideală şi nici neglijentă la modul narcisic. În acest punct, Belinda părea să treacă din relaţia paranoid/schizoidă cu terapeuta într-o poziţie depresivă în care recunoştinţa şi dezamăgirea puteau coexista, se puteau influenţa reciproc şi puteau fi exprimate deschis. Instaurarea terapeutei ca mamă suficient de bună a condus la o etapă a muncii terapeutice în care abuzul sexual a dobândit, încă o dată, o importanţă capitală.

Semnalizarea intrării în această fază a terapiei a fost reprezentată de discutarea repetată de către Belinda a unor interacţiuni extraterapeutice care erau descrise ca abuzive sau, invers, creionate cu un dispreţ care trăda o teamă subterană atât faţă de puterea, cât şi faţă de atractivitatea lor. În acelaşi timp Belinda se întreba de ce voia terapeuta să lucreze cu supravieţuitoare ale incestului, sugerând că probabil o „aţâţau" poveştile de abuz. Uneori terapeuta se simţea abuzivă şi mai voaioristă decât era necesar şi şi-a chestionat motivele de a se implica într-o astfel de activitate. Belinda îşi exprima frecvent furia şi dispreţul pentru intervenţiile pe care le percepea ca intruzive sau ca ridicol de neputincioase. Aici Belinda trăda inconştient o identificare cu mama ei internalizată, minimalizând-o pe terapeută ca incompetentă, aşa cum Angela îl devaloriza odinioară pe Timothy. Totuşi, la un alt nivel, Belinda dădea glas, în manieră adaptativă, furiei de a fi fost abuzată, pe care nu putuse s-o exprime niciodată deschis în timpul abuzurilor din copilărie. Acum latura ei de adolescentă se apropia de pacienta adultă pe măsură ce, transferenţial, Belinda îşi revărsa ura şi furia pe terapeută în loc să o pună în act într-un mod

autodistructiv. Deşi intensitatea furiei Belindei era impresionantă, terapeuta era încântată şi însufleţită de verbalizarea deschisă a acestor sentimente de către pacientă. Trebuie menţionat că în timpul acestei faze a terapiei Belinda se retrăgea uneori defensiv într-o punere în scenă a reacţiilor de transfer care reflectau mai mult relaţia cu mama ei.

Când perlaborarea furiei Belindei a luat sfârşit, ea a intrat într-o fază de doliu intens după copilăria ei pierdută, iar noi paradigme de transfer–contratransfer au intrat în joc.

În timpul acestei perioade a terapiei, Belinda a simţit acut durerea pentru copilăria ei pierdută, precum şi pierderea părinţilor buni fantasmaţi

compensatoriu. Acum fetița disociată s-a apropiat de pacienta adultă care simțea intens foamea afectivă și dezolarea din copilărie. În punctul acesta Belinda o vedea pe terapeută ca pe o seducătoare malefică ce-i promisese vindecare și sănătate și în schimb îi răpise apărările, lăsând-o conștientă și singură. Percepând-o și ca abuzator crud, Belinda o acuza de a fi preluat controlul asupra unei paciente inocente și de a o fi forțat să se confrunte cu lucruri care mai bine rămâneau neatinse. Terapeuta, o mustra Belinda, știa ce urma să se întâmple dacă terapia continua, iar acum uite ce se întâmplase. Lumea Belindei se prăbușise. Știa prea mult. Știa mai mult decât își dorise vreodată să afle. Și ce anume, voia Belinda să afle, avea să facă terapeuta în legătură cu asta? Acum, că îi răpise Belindei copilăria și apărările, cum avea terapeuta să compenseze toată această pierdere? Frecvent, terapeuta simțea întreaga vinovăție pe care părinții Belindei ar fi trebuit s-o simtă pentru că o trădaseră, o

abuzaseră și o neglijaseră. S-a trezit fantasmând despre tot soiul de moduri de reparație, de la a o lua pe Belinda acasă să gătească prăjiturele cu ciocolată împreună, la planuri de a merge cu ea la Disneyland. Era dificil, dar, așa cum terapeuta știa bine, era imperativ să evite să trunchieze procesul de doliu al pacientei. Totuși, în același timp, a încurajat-o pe Belinda să fantasmeze și să exprime moduri în care ar fi vrut ca analista să-i ofere o reparație. Apoi Belinda și terapeuta s-au jucat cu aceste fantezii în ședință, terapeuta recunoscând tacit legitimitatea nevoilor și aspirațiilor relaționale ale pacientei ei. În cele din urmă, pe măsură ce doliul pacientei a fost perlaborat, pacienta și-a transferat dorurile către obiecte extraterapeutice adecvate; s-a mutat cu o prietenă, și-a făcut prieteni noi și a început să iasă cu un bărbat disponibil emoțional și vesel, combinând pentru prima dată intimitatea sexuală și emoțională într-o singură relație.

Acum a început o altă fază a terapiei, în care Belinda a experimentat și a reluat un conflict oedipian. În această perioadă, transferurile Belindei pe terapeută erau cel de partener romantic fantasmat, un posibil abuzator care și-ar putea pune în practică, în mod inadecvat, fanteziile romantice și o vedea și ca pe o rivală sexuală potențial periculoasă. Sentimentele romantice față de terapeută erau comunicate mai ales nonverbal, prin priviri, tonalități ale vocii și mici cadouri ca flori sau bomboane. Derivatele inconștiente trădeau atracția Belindei față de terapeută, pe care o considera drăguță și plină de viață.

Pacienta chiar îşi exprima mai deschis gelozia faţă de alte paciente cu care trebuia să-şi împartă terapeuta şi faţă de soţul acesteia, despre care nu spusese niciodată nimic înainte. Contratransferenţial, terapeuta era

încântată de idila exprimată timid de Belinda şi se simţea protectoare faţă de ea, ca nu cumva să perturbe ceva în desfăşurarea naturală a acestui proces. Derivatele inconştiente, inclusiv referirile la o prietenă care fusese abuzată sexual de un psihiatru cu care era în terapie, i-au permis terapeutei să îşi dea seama că Belinda era inconştient acordată la reacţiile terapeutei faţă de ea, atentă la orice indiciu că aceasta ar putea-o abuza sexual. Acest lucru i-a amplificat sentimentul de protecţie faţă de ea.

În acelaşi timp în care Belinda îşi implica terapeuta într-o idilă oedipiană, derivatele inconştiente sugerau că reacţiona faţă de ea şi ca faţă de o rivală potential invidioasă şi periculoasă care i-ar fi putut strivi, narcisic, sexualitatea copilărească. Cliniciana avea o fantasmă recurentă a ei ca mama vitregă a Albei ca Zăpada, atât de ameninţată de drăgălăşenia fetiţei, încât a ajuns să ordone uciderea ei.

În sfârşit, cel puţin în termenii chestiunilor de transfer–contratransfer discutate în aceste capitole, Belinda a intrat într-o perioadă de sexualitate adolescentină uimitor de intensă, în timpul căreia părea complet absorbită de identificarea şi experimentarea ca fiinţă sexuală. Venea la şedinţe îmbrăcată decent, dar seducător şi încerca noi parfumuri, culori, tunsori şi machiaje. Transferul ei faţă de terapeută oscila între seductivitate provocatoare, competiţie şi groază că terapeuta fie se va agăţa de ea cu posesivitate, fie o va respinge complet.

În cadrul transferului seducător faţă de terapeută flirturile Belindei aveau o nuanţă sexuală mult mai limpede decât înainte şi uneori se tolănea seducător pe divan, expunându-şi picioarele mai mult ca înainte. La acestea, terapeuta a

reacţionat cu excitaţie sexuală onestă şi cu amuzament ironic faţă de adolescenta sexy în care se transformase pacienta ei altădată îngrozită. În acelaşi timp, Belinda se afla în competiţie cu terapeuta. Uneori făcea comparaţii între ţinutele sau coafurile lor, devalorizând-o subtil (sau nu chiar aşa de subtil!) pe terapeută ca nefiind foarte la modă „cu chestia aia". La rândul ei, terapeuta s-a trezit întrebându-se dacă nu era timpul pentru o

schimbare de garderobă sau look. În plus, terapeuta simţea invidie, precum şi apreciere, faţă de proaspăta vitalitate şi libertate sexuală a Belindei; era limpede că, pentru prima oară în viaţa ei, Belinda se simţea confortabil cu sexualitatea ei. În sfârşit, Belinda şi-a exprimat deschis îngrijorarea că terapeuta nu era de acord cu relaţia din ce în ce mai serioasă cu prietenul ei, indicând o teamă de potenţiala posesivitate a terapeutei. Belinda se temea şi că terapeuta ar putea considera că nu mai are nevoie de terapie, abandonând-o astfel aşa cum făcuse tatăl ei odinioară. În realitate, terapeuta simţea o satisfacţie profundă, chiar dacă amestecată cu un sentiment de pierdere şi de invidie, că Belinda avea o relaţie extraterapeutică minunată. Terapeuta a recunoscut totuşi şi că era nevoie să mai continue terapia o vreme.

Această vinietă clinică prezintă exemple ale apariţiei diverselor configuraţii de transfer–contratransfer în terapia de orientare psihanalitică a unei supravieţuitoare adulte a abuzului sexual din copilărie. Este, în mod necesar, oarecum schematică şi nu reflectă toate transformările, dramatice şi subtile, care au apărut de-a lungul unei terapii de lungă durată. Credem totuşi că terapia cu Belinda descrisă aici oferă

savoarea miriadei de paradigme relaţionale cu care se confruntă analistul în terapia psihanalitică cu acest segment de paciente.

CAPITOLUL 11

Considerații tehnice în terapie

În fiecare dintre capitolele prezentate până aici am privit la terapia de orientare psihanalitică a supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie din câte una dintr-o serie de perspective diferite, adeseori suprapuse. Cu riscul de a ne fi repetat uneori, un astfel de format comunică cel mai bine convingerea noastră că, deşi fiecare terapie este o experienţă unică între pacient şi terapeut, terapia cu supraviețuitoare adulte implică recapitularea anumitor chestiuni caracteristice pe care clinicianul poate ajunge să le anticipeze cu un oarecare grad de încredere. Manifestările acestor probleme, aşa cum apar ele în desfăşurarea din transfer–contratransfer, îi servesc terapeutului drept puncte de referinţă, faruri călăuzitoare prin ceaţa deasă a repunerilor în scenă pătimaşe, schimbătoare şi veşnic uluitoare care survin în cursul terapiei. În sfârşit, sperăm să-i familiarizăm pe clinicieni cu implicațiile anumitor alternative terapeutice în momente în care capacitatea de introspecţie şi reflecţie liniştită nu este perturbată de febra momentului de transfer–contratransfer.

În acest capitol şi în următorul dorim să ne îndreptăm către dezvoltarea unui model de tratament pentru terapia de orientare psihanalitică a supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie. Prin aceasta dorim să concepem un model fluid care să se adapteze contururilor fiecărei interacţiuni terapeutice specifice, dar să servească totuşi ca o hartă precisă pentru traversarea a ceea ce noi am constatat

că este un parcurs extrem de riscant. Deşi harta lasă loc pentru multe trasee pe care diverse diade pacient–terapeut pot ajunge într-un punct comun, alegerile critice de-a lungul drumului trebuie făcute având în vedere punctele forte şi slabe ale fiecărui călător, precum şi recunoaşterea smerită a faptului că fiecare traseu implică necesara negociere a anumitor obstacole critice, la fel de precare şi cu potenţial exploziv.

Vom începe cu o trecere în revistă a afirmațiilor făcute de-a lungul cărții cu privire la organizarea psihică specifică a pacientelor noastre, natura experienței terapeutice şi convingerile noastre cu privire la factorii mutativi impliciți în concepția noastră despre terapie. Ne cerem scuze dacă o astfel de

recapitulare devine repetitivă pentru cititor, dar am considerat că o astfel de încercare de a sintetiza și integra recomandările terapeutice presărate de-a lungul textului este o necesitate clinică presantă, care merită o oarecare repetiție.

Considerații cu privire la pacientă

Supraviețuitoarea adultă a abuzului sexual din copilărie este victima unei traume cronice care variază doar ca grad și este supusă tuturor sechelelor pe termen lung pe care am ajuns să le asociem cu TSPT și TSPT întârziat precum disocierea, regresia subită, dezorganizarea proceselor de gândire, reprezentări vizuale și somatice ale amintirilor încă neformulate. Avem convingerea că terapia de orientare psihanalitică este cea mai bună modalitate de a dizolva sistemul, de acum internalizat, de identificări și contraidentificări patologice care pendulează în formă

disociată între terapeut și pacientă cu o viteză de-a dreptul ameţitoare și de a perlabora sistemul de apărări ce distorsionează/conservă realitatea conceput pentru a menține un sentiment de integritate în faţa copleșitorului atac la adresa Eului. Cu toate acestea, o astfel de terapie trebuie să includă, fără excepție, o bună cunoaștere a cercetărilor clinice asupra reacţiilor traumatice și să ajungă la o conciliere între astfel de cercetări contemporane și tiparul întâlnirii psihanalitice.

Orice astfel de tratament trebuie, mai presus de orice altceva, să ia în considerare importanța mecanismelor disociative în jurul cărora și-a organizat lumea internă supraviețuitoarea adultă. Din literatura de specialitate reiese că organizările separate, și care se exclud reciproc, ale aspectelor particulare ale sinelui în relație cu reprezentări, adeseori disparate, ale persoanelor importante, reprezintă cel mai obișnuit mod în care supraviețuitoarele adulte încearcă să recupereze perplexitatea născută din faptul că abuzatorii lor, precum și cei care au ignorat sau permis abuzul erau adeseori, în alte momente și contexte, obiecte iubitoare și iubite. Disocierea este singura modalitate prin care supraviețuitoarea adultă poate dobândi capacitatea de a păstra percepții atât de ireconciliabile și disparate ale persoanelor importante și de a acomoda reprezentările sinelui care izvorăsc din astfel de experiențe antagoniste cu ceilalți. Cu cât abuzul este mai timpuriu, cu cât este mai cronic

şi cu cât este mai apropiată relaţia dintre abuzator şi victimă, cu atât mai pervazivă va fi structura disociativă a personalităţii.

Atunci când o astfel de disociere devine piatra de temelie a organizării personalităţii, unele, majoritatea sau toate amintirile pacientei legate de abuzul sexual

din copilărie ajung să fie închise într-un sistem internalizat separat al reprezentărilor sinelui şi obiectului care apoi fie pot fi menţinute neformulate sau în afara conştientizării, fie coexistă în tipare alternative, dar care se exclud reciproc, de accesibilitate în conştiinţă. Aceste stări disociate implică, de asemenea, afecte diferite, niveluri diferite de organizare a Eului şi stări fiziologice diferite care înglobează reprezentările somatice nesimbolizate de pericol intens şi amintirile corporale ale abuzului concret. Astfel de stări disociate şi structurate distinct, organizate în jurul ameninţărilor inevitabile la adresa integrităţii Eului pacientei, se dovedesc a fi extrem de sensibile la declanşatori externi din mediu care amintesc de trauma iniţială. Cu siguranţă, repunerea în scenă a paradigmelor relaţionale timpurii în experienţele de transfer–contratransfer care se desfăşoară în cursul terapiei psihanalitice pot servi drept exemple puternice ale unor astfel de declanşatori, anunţând întoarcerea amintirilor dependente de stare unice pentru experienţele traumatogene. Revenirea unor astfel de experienţe se poate produce ca accesibilitate la amintiri uitate anterior, dar este la fel de posibil să implice o repunere în scenă a cărei semnificaţie va fi formulată pentru prima dată atunci când pacienta şi terapeutul interpretează împreună situaţia.

Clinicianul nefamiliarizat cu întoarcerea unui astfel de material anterior disociat poate fi la început alarmat de trăsăturile particulare ale acestuia. Materialul disociat îşi face apariţia în mod perturbator şi fără vreo semnificaţie evidentă. Nu a fost niciodată simbolizat, iar apariţia sa este neaşteptată, declanşată de evenimente arbitrare şi, la început, neidentificate. Astfel de evenimente pot fi externe sau parte

a punerii în scenă din transfercontratransfer dintre pacientă şi terapeut. În oricare dintre cazuri, manifestările sunt adeseori intense, perturbatoare, încorporate doar vag în vreun fel de context cu semnificaţie identificabilă şi toate sunt, mult prea des, confundate cu simptomele timpurii ale unui proces psihotic în plină dezvoltare. Dificultatea unei astfel de formulări este că, prin

echivalarea ei cu o tulburare psihică gravă, terapeutul şi familia sunt împinşi adeseori către eforturi eroice de a reînchide şi de a stinge apariţia acestor stări îngrijorătoare, producând astfel, pentru a doua oară, forcluderea oportunităţii esenţiale de a stabili legături cu sens între aceste experienţe şi evenimente din trecut. Spitalizarea, medicaţia excesivă sau inadecvată şi chiar tratamentele de şoc au fost utilizate în încercări bine intenţionate, deşi eronate, de a evita ceea ce iniţial părea a fi o decompensare gravă. Deşi considerăm că medicaţia şi spitalizarea ocazională pot fi necesare pentru a o ajuta pe pacientă să conţină eficient reapariţia evenimentelor traumatice, pentru succesul terapiei este imperativ ca astfel de eforturi să fie făcute cu cunoaşterea şi înţelegerea proceselor disociative şi în spiritul conţinerii — nu al forcluderii. În acest capitol, în care ne concentrăm pe strategii terapeutice specifice, vom discuta modurile în care terapeutul îşi poate ajuta pacienta să conţină astfel de anxietăţi insuportabile şi, prin aceasta, să-i faciliteze disponibilitatea pentru terapie. O astfel de conţinere este o precondiţie necesară pentru continuarea terapiei, dar nu este un obiectiv în sine.

Consideraţii cu privire la rolul terapeutului

Consideraţiile noastre cu privire la natura rolului terapeutului în terapia supravieţuitoarelor adulte încep de la convingerea fundamentală că o astfel de perturbare traumatică a legăturilor timpurii cu obiectul precum cea pe care am ajuns să o asociem cu abuzul sexual din copilărie poate fi ameliorată doar între graniţele unei relaţii terapeutice intense — mai precis, genul de relaţie care ştim că se dezvoltă în psihanaliză şi psihoterapia de orientare psihanalitică. Deşi abreacţia completă, încărcată emoţional, a amintirii traumatice este esenţială pentru succesul terapiei, ştim, de asemenea, şi că aceasta este insuficientă pentru realizarea genului de schimbări pe termen lung pe care le urmărim în lumea interpersonală actuală a pacientei. Astfel de schimbări necesită nu numai o recuperare amănunţită a relaţiilor traumatice cu obiectul, altfel disociate, şi a fantasmelor aferente — prin intermediul declanşatorilor încorporaţi în repunerile în scenă din transfer–contratransfer —, ci şi o perlaborare sistematică a constelaţiei specifice de apărări patologice utilizate de pacientă pentru a menţine un oarecare nivel de funcţionare externă adecvată în ciuda celor mai intense forme de presiuni externe şi interne.

Arta unei astfel de terapii rezidă în capacitatea terapeutului de a obține un echilibru optim între repararea trecutului și cocrearea prezentului. Deși obiectivul nostru nu este cel de reparentaj al pacientei — de fapt, credem că astfel de încercări inhibă serios procesul de doliu inerent modelului nostru terapeutic —, considerăm că, pentru succesul terapiei, este imperativă construirea unui mediu de susținere securizant în care punerile în scenă pătimașe, adeseori violente, se pot petrece în siguranță. Așa cum Winnicott (1954–1955) credea că orice copil are

nevoie de două mame, „o mamă-mediu“ și „o mamă-obiect”, noi considerăm că orice supraviețuitoare adultă a abuzului traumatic are nevoie de doi terapeuți: unul care, precum mama-mediu, va conține, va integra, va regla și va modula, și un altul care, precum „mama-obiect", va supraviețui atacului repunerilor în scenă deosebit de pătimașe și violente ce se vor abate, în cele din urmă, asupra sa.

Permițând, chiar încurajând, un astfel de clivaj disociativ în experiența transferențială a pacientei, în repunerile în scenă din transfer–contratransfer, terapeuții sunt capabili să reproducă aceleași niveluri coexistente de semnificație care definesc experiența supraviețuitoarei adulte a traumei, atât cu lumea obiectelor interne, cât și cu lumea externă a relațiilor interpersonale. Într-o astfel de construcție a cadrului analitic, analiștii pot trezi experiențe multiple și totuși simultane ale sinelui și ale celuilalt, care fac posibilă menținerea unui curs, haotic și imprevizibil, dar totuși stabil, prin furtuna extrem de zbuciumată. Pe măsură ce „terapeutul-mediu“ funcționează adecvat într-un astfel de rol, se formează și se internalizează noi experiențe structurante ale celuilalt și ale sinelui în relația cu celălalt. Acest proces se petrece sincron cu cele mai violent perturbatoare repuneri în scenă imaginabile dintre pacientă și „terapeutul-obiect”. Paradoxal, momentele cele mai violente și mai haotice de repunere în scenă sunt cele care se adresează extraordinarelor capacități de susținere ale „terapeutului-mediu" care funcționează adecvat și le întăresc. Pe măsură ce vehemența fiecărei crize neîmblânzite face loc înțelegerii născute din munca interpretativă activă, pacienta este întărită de capacitatea din ce în ce mai mare de rezistență și, în cele din urmă, de transcendere. Într-o progresie aparent

interminabilă, lumea Eului și a obiectelor sunt sfâșiate de repuneri în scenă

traumatice, mergând către reconfigurarea iluzorie a vechilor matrice interne, dar întotdeauna doar cu o vagă prezență perceptibilă a unei constelații secundare de transfer–contratransfer care conține, liniștește, vindecă și, în cele din urmă, potențează noi organizări integrative ale unor astfel de reprezentări interne atât de traumatic scindate. Credem că în felul acesta se poate rezolva controversa, veche de când lumea, dintre terapeutul creator al unei experiențe noi, mai sănătoase, și terapeutul ca interpret al vechii experiențe patologice, iar aceștia pot, în sfârșit, să se alăture și să coexiste cu o grație fluidă.

Modelul terapeutic

În Capitolul 1 am descris cinci componente pe care le considerăm tipice pentru terapia supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual din copilărie. Deși nu credem că aceste componente implică stadii specifice și ordonate ale terapiei, considerăm că ele se amestecă, ocupând și părăsind poziția de supremație pe măsură ce diverse chestiuni capătă formă în interacțiunea terapeutică. Aceste elemente constitutive sunt: (1) conținerea; (2) recuperarea și dezvăluirea amintirilor traumatice și a elaborărilor fantasmate; (3) simbolizarea și codificarea amintirii și experienței; (4) integrarea sistemelor disparate ale sinelui și obiectului și ale altor apărări care distorsionează realitatea; și (5) internalizarea unei noi relații cu obiectul.

Conținerea

O trăsătură definitorie a lucrului cu paciente care suferă din pricina unor aspecte anterior disociate ale unor stări traumatice este reprezentată de stările, mediate psihologic și fiziologic, de groază și hiperexcitație care invadează în mod repetat încercările de clarificare terapeutică. Activarea unor astfel de stări regresive de dezorganizare și confuzie de către stimuli condiționați neidentificați din mediu și din terapie o fac pe pacientă să devină indisponibilă pentru tipurile de intervenții cognitive, mediate de Eu, pe care se bazează terapia psihanalitică tradițională. Resurgența unor astfel de stări haotice de hiperexcitație în cursul terapiei este trăită concret de către pacientă ca o retraumatizare din partea terapeutului care stă deoparte, aparent ineficient, în vreme ce pacienta este copleșită de aceleași stări de teroare fără sens care au însoțit odinioară experiențele de abuz. O astfel de neajutorare

percepută din partea terapeutului retrezește imaginea părintelui ineficient care nu a putut face nimic pentru a-și proteja copilul de formele extreme de abuz. Interpretările, în astfel de momente, sunt, în cel mai bun caz, ineficiente, iar în cel mai rău caz sunt percepute ca penetrări, străine și cu motivații ostile, ale pacientei de către terapeut/abuzator în punerile în scenă din transfer–contratransfer. În ambele cazuri, astfel de stări regresive de confuzie, dezorientare, groază și hiperexcitație o fac pe pacientă indisponibilă pentru intervențiile de orientare psihanalitică.

În mod limpede, terapeutul trebuie să-i ofere pacientei un ajutor activ pentru ca ea să poată conține astfel de trăiri dezorganizante și repetitive de regresie înspăimântătoare. Credem că o astfel de activitate implică acțiunea atât a „terapeutului-mediu“, cât și a „terapeutului-obiect”. În cele din urmă „terapeutul-mediu", acela

care facilitează disponibilitatea emoțională și cognitivă a pacientei, va fi cel care va permite terapiei să progreseze de la intervenții menite să ducă la ameliorarea simptomelor la cele concentrate pe reconstrucția și interpretarea pătrunzătoare a repunerilor în scenă abuzive și contraabuzive în transfer și contratransfer. Pe măsură ce „terapeutul-mediu“ ajută conținând și obținând disponibilitatea cognitivă din partea pacientei, „terapeutul-obiect” se ocupă de recapitularea introiectelor toxice, lucrând din interior pentru a dispersa prin intermediul repunerii în scenă și a interpretării active potențialul lor de distorsionare a realității. Terapeuții se deplasează tot timpul între „susținerea“ din exterior și refacerea din interior; între fundalul de conținere și integrare și prim-planul interpretării active a paradigmelor de transfer–contratransfer, permanent conștienți de lupta pacientei de a conține niveluri traumatice de suprastimulare extrem de sexualizată. Aceasta nu este, în niciun caz, o misiune ușoară, mai ales că una dintre trăsăturile definitorii ale „traumei” o reprezintă atacul ei distrugător și tenace asupra integrității percepute și a supraviețuirii sinelui. Cu toate acestea, efortul de a menține un sentiment de control în timpul recapitulării traumelor de abuz din copilărie persistă ca subtext tematic de-a lungul cursului unei terapii atât de zbuciumate. Cade în sarcina terapeutului să cânte atât melodia, cât și armonia împreună cu încercările încă nestudiate, ale pacientei de a face un duet în contrapunct.

În final, legătura nouă, puternică și de încredere dintre pacientă și terapeut —

aceea care supraviețuiește și iese din vâltoarea expunerii neobosit de periculoase la provocările și amenințările transferului-contratransferului — va ajunge, sperăm, să

servească drept tamponul cel mai de încredere și mai intransigent între pacientă și lumea ei traumatică lipsită de țel. Internalizarea relației terapeutice va schimba pentru totdeauna sistemul intern de reprezentări ale sinelui și obiectului al pacientei, organizat în jurul amintirilor traumatice. Pentru că, pe măsură ce amintirile sunt repuse în scenă și perelaborate cu terapeutul, ele nu mai există în lumea izolării și disperării care a reprezentat pentru o vreme atât de îndelungată căminul copilului abuzat. Totuși, această statornicie a constanței obiectului în fața tipurilor de interacțiuni terapeutice descrise este un obiectiv al tratamentului, nu o piatră de temelie a procesului terapeutic, nici în stadiile inițiale ale sale nici pe măsură ce parcurge unele dintre teritoriile periculoase anticipate.

Anumite intervenții specifice pot fi utile atunci când funcțiile de susținere ale terapiei și ale terapeutului sunt întinse la limită. Orice încercare terapeutică de a amplifica experiența de control, măiestrie și competență a pacientei în fața dezorganizării înspăimântătoare nu poate decât să faciliteze terapia.

Cu certitudine, analistul trebuie să învețe să aibă extrem de multă răbdare, permițând pacientei să controleze temporizarea și progresul muncii de reconstrucție, în vreme ce aceasta se luptă să mențină anxietatea și panica în limite tolerabile. Văzut ca întruchipare simbolică concretă a unui celălalt abuziv, procesul analitic nu trebuie lăsat să eclipseze mecanismele de apărare ale Eului pacientei. La început, responsabilitatea pentru temporizare și ritm cade în sarcina terapeutului, dar una dintre sarcinile terapeutice este abandonarea lentă dar fermă a acestei funcții a Eului. Ajutând-o pe pacientă să temporizeze și să controleze apariția

amintirilor traumatice, procesul terapeutic se adresează simbolic capacității crescânde a pacientei de a controla și a pune limite abuzatorului ei. Un astfel de control este adeseori amplificat și mai mult prin ajutarea pacientei să anticipeze momentul în care recuperarea anumitor amintiri sau repunerea în scenă și interpretarea anumitor evenimente în situația terapeutică pot declanșa o perioadă de experiențe deosebit de regresive. De pildă, amintirile însele pot fi echivalate în mintea pacientei cu puterile unui celălalt abuziv; anumite

strategii terapeutice pot ajuta la conținerea dezorganizării care însoțește adeseori amintirea.

Amelia, în vârstă de 29 de ani, era o studentă la drept a cărei terapie se concentrase asupra unei perioade lungi de abuz sexual extrem de sadic făptuit de bunicul matern. De la 5 la 7 ani, când familia ei fusese obligată să locuiască împreună cu bunicii materni, bunicul Ameliei a îngrozit-o și copleșit-o pe copilă forțând-o la diverse forme de contact sexual dureros. Pacienta n-a spus niciodată nimic părinților sau bunicii, nevrând să distrugă ceea ce a descris ca o familie de altfel extrem de unită, și, deși își amintea în fapt abuzul, nu fusese până atunci capabilă să-și amintească detalii concrete cu o participare emoțională deplină în timpul terapiei. Experiența ei, totuși, era că prezența bunicului îi dominase viața, că „până și vremurile cele mai fericite erau îmbibate de prezența lui periculoasă și puternică".

Nunta Ameliei cu un coleg fusese programată cu o lună înainte de perioada din terapie despre care vom vorbi aici. Cu aproximativ un an înainte, logodnicul ei fusese diagnosticat cu o boală potențial letală care necesita o intervenție chirurgicală extinsă și un lung proces de recuperare. Cum operația fusese declarată un

succes deplin și doctorii tocmai îl anunțaseră pe logodnicul Ameliei că era complet „eliberat de boală", viitoarea nuntă avea să fie probabil o ocazie de bucurie unică în viața pacientei, o dublă sărbătoare pentru cei doi și familiile lor.

Pe măsură ce se apropia ziua nunții, Amelia a început să fie bântuită de o serie de coșmaruri care prevesteau reapariția multor amintiri concrete pe care le urmărise în terapie. Cum era de așteptat, stările îi erau schimbătoare, nopțile fără somn, anxietatea atingea limite imposibil de gestionat și era chinuită de simptome somatice vagi, dar dureroase și inexplicabile. Terapeutul era într-o dilemă. În mod limpede travaliul analitic se îndrepta către recuperarea unui material important și, totuși, momentul acestei „dezvăluiri“ era cum nu se poate mai rău. Pacienta însăși simțea ceea ce a descris ca pe o „presiune urgentă, imperioasă de a continua să-și amintească, cu orice preț!” Terapeuta a fost cea care a trebuit să apeleze la un fel de moratoriu în travaliul de recuperare a amintirilor traumatice, reamintindu-i pacientei că, într-un fel, prezența bunicului distrusese atât de multe momente

importante şi potenţial fericite pentru ea. „E ca şi cum bunicul din tine a planificat întoarcerea acestor amintiri; nu te poate lăsa se trăieşti momentul acesta de mare bucurie fără să-şi exercite cumva prezenţa la evenimente.“ Terapeuta a adăugat: „Avem atât de mult timp după nuntă, după luna de miere, de ce n-am aştepta? De ce nu i-ai spune bunicului că nu avem de gând să-l lăsăm să strice acest moment aşa cum a stricat atâtea altele?” Pacienta a început să plângă încetişor. Şi-a încleştat pumnii ca pentru o luptă şi a spus doar atât: „Aşa e, e momentul meu... e momentul meu".

Cât a fost plecată, i-a trimis terapeutei o scrisoare scurtă: „Era o persoană care stătea la pândă; o idee de umbră. El era acolo, dar numai în fundal. A fost clar că, pentru prima dată, eu deţineam controlul; trebuia să rămân conştientă, să fiu pe fază... dar, în cele din urmă, ziua mi-a aparţinut". Când s-a întors, pacientei nu i-a fost deloc dificil să reia travaliul ce fusese întrerupt în felul acesta. Într-adevăr, sarcina a părut mai uşoară, pacienta controla mai bine dozarea şi conţinerea amintirilor traumatice şi au fost mai puţine momentele când acestea au copleşit-o şi au dezorganizat-o.

În majoritatea situaţiilor, o astfel de focalizare complementară şi mobilă a atenţiei pe conţinere şi interpretare va fi suficientă pentru gestionarea materialului clinic în curs de apariţie. Totuşi, atunci când abuzul a fost extrem de copleşitor pentru copil, fie din cauza unui proces deosebit de sadic, fie a unui debut deosebit de timpuriu fie a naturii relaţiei dintre victimă şi abuzator, pacienta şi terapeutul pot fi incapabili să se apere de dezorganizarea şi regresia care însoţesc orice încercare de abordare a acestui material. În acest caz terapeutul trebuie să apeleze la alte tehnici care vor amplifica sentimentul de control al pacientei şi vor preveni experienţa retraumatizării.

Am descoperit că multe paciente se descurcă bine cu o combinaţie de tehnici comportamentale şi psihanalitice. Deşi nu recomandăm utilizarea hipnozei de către terapeut pentru facilitarea dezvăluirii, pentru că acest lucru este privit de pacientă ca o formă de dominaţie terapeutică şi control invaziv şi s-a dovedit a fi nenecesară pentru facilitarea dezvăluirii amintirilor traumatice, am constatat în

practica noastră că astfel de tehnici pot fi folosite *de către pacientă* pentru amplificarea sentimentului ei de control şi conţinere (Spiegel, 1986). Pacienta este învăţată un număr de exerciţii de relaxare profundă, procese înrudite cu

tehnicile de autohipnoză, care promovează o formă de autocontrol fizic şi psihic şi un sentiment de bine şi care pot fi folosite înainte, în timpul şi după dezvăluirea amintirilor traumatice. În mod obişnuit terapeutul alege o tehnică de relaxare şi învaţă pacienta s-o utilizeze în şedinţă, până când aceasta poate fi folosită eficient pentru a ajuta pacienta să regleze grade crescânde de anxietate, acumulându-se, în cele din urmă, în trăiri de suprastimulare traumatică sexualizată. Această tehnică poate fi folosită şi de către pacientă în afara terapiei, pentru a gestiona flashbackuri incontrolabile şi sentimentele de panică secundare acestora. Este important ca terapeutul să prezinte tehnica de relaxare ca pe un proces menit să crească autocontrolul pacientei. Îi dă acesteia puterea să facă travaliul analitic fără un sentiment de dezorganizare şi retraumatizare, ceea ce altfel nu ar fi posibil. Dacă procesul este folosit numai pentru a o ajuta pe pacientă să-şi controleze anxietatea şi mai târziu să oprească mai eficient flashbackurile repetitive care o hărţuiesc în timpul din afara orelor de terapie, este improbabil ca acest lucru să trezească o suspiciune paranoidă de viol şi de încercare de dominare. Dacă sunt încercate prea devreme sau dacă terapeutul nu este suficient de scrupulos cu privire la modurile de utilizare a acestor tehnici, efectul poate fi acela de a întări apărările paranoide ale pacientei şi de a împiedica progresul travaliului clinic. Dacă este folosită eficient, autohipnoza poate juca un rol crucial în prevenirea regresiei nenecesare, evitând

necesitatea medicaţiei excesive sau chiar a spitalizării în timpului procesului de perlaborare.

Deşi caracteristicile unor astfel de tehnici depăşesc cu mult orizontul acestei lucrări, există multe texte excelente care descriu folosirea de tehnici comportamentale în terapia TSPT (vezi, de exemplu, Spiegel şi Spiegel, 1978). Recomandăm ca terapeuţii de orientare psihanalitică care lucrează cu supravieţuitoare adulte ale oricărui tip de traumă din copilărie să se familiarizeze cu aceste metode şi să reflecteze, înainte de-a avea nevoie de ele, la orice rezistenţe pe care le-ar putea avea la utilizarea acestora în contextul unei terapii de orientare psihanalitică. În terapia supravieţuitoarelor adulte, crizele apar haotic şi imprevizibil şi există multe ocazii în care trebuie folosiţi unii parametri netradiţionali pentru evitarea unei decompensări totale. Educarea pacientei cu privire la tehnicile noninvazive de relaxare profundă înainte de apariţia unei crize îi oferă clinicianului un mod relativ benign de a

o ajuta pe pacientă să facă faţă panicii fără forcluderea apariţiei materialului clinic problematic.

În contextul unei terapii de orientare psihanalitică, astfel de exerciţii pot fi utilizate pentru a servi o altă funcţie, în primul rând simbolică. Dacă pacienta şi terapeutul au lucrat împreună la atingerea tipului de relaxare profundă care poate facilita apariţia şi conţinerea amintirii traumatice, exerciţiul în sine poate ajunge să evoce simbolic prezenţa terapeutului în momentele critice în care nu este disponibil pentru pacientă. Capacitatea de a evoca simbolic prezenţa terapeutului, mai ales în momente de criză, dar şi între şedinţe, în miez de noapte, în vacanţe şi aşa

mai departe, întăreşte o capacitate crescândă de constanţă a obiectului care face mai puţin toxică izolarea traumatică a copilului abuzat. Pe măsură ce pacienta devine din ce în ce mai capabilă să evoce prezenţa simbolică a terapeutului în momente de hiperexcitaţie internă, ea îşi asumă responsabilitatea pentru propria supravieţuire psihică şi, prin aceasta, abordează şi dependenţa, adeseori disperată, pe care o simte faţă de terapeut — aceasta fiind prin natura sa o sursă de suprastimulare periculoasă.

Conţinerea adecvată implică şi gestionarea, într-o manieră protectoare, a ameninţărilor cu violenţa, autoabuzul şi sinuciderea ale pacientei. Eşecul acesteia implică o repunere în scenă a rolului părintelui care neagă şi nu vede, dar încercările prea stridente de intervenţie sugerează experienţe de dominare şi control invaziv. Ambele contribuie la un sentiment diminuat de siguranţă şi conţinere atât pentru pacientă, cât şi pentru terapeut şi ameninţă cu încheierea abruptă a demersului terapeutic prin punerea în act în transfer sau contratransfer. În plus faţă de interpretarea activă a transferului–contratransferului de care este nevoie pentru identificarea locului acestei violenţe în echilibrul psihic al pacientelor abuzate, tehnicile de relaxare oferă pacientei un substitut concret pentru aspectele sedative, autoreglatoare ale comportamentelor autoabuzive descrise în Capitolul 7.

Când totul eşuează, terapeutul trebuie să fie gata să utilizeze medicaţia şi, în ultimă instanţă, spitalizarea, pentru a conţine comportamentele insuportabil de dureroase sau violente şi autoabuzive ale pacientei. Multe medicamente pot fi eficiente pentru a ajuta la conţinerea sentimentelor de panică, disociere şi depresie

(Courtois, 1988; van der Kolk, 1988), iar cercetările actuale continuă să ofere noi medicamente şi modalităţi noi de utilizare ale substanţelor deja disponibile. O consultaţie psihiatrică poate fi necesară atunci când stările de hiperexcitaţie traumatică devin imposibil de gestionat; totuşi, terapeutul care face recomandarea trebuie să se asigure că psihiatrul ales este familiarizat cu terapia tulburărilor de stres posttraumatic şi capabil să le distingă în mod adecvat de alte procese psihotice.

Atunci când spitalizarea este inevitabilă, terapeutul trebuie să se asigure că acest lucru se petrece într-o instituţie în care va putea continua terapia cu pacienta împreună cu echipa terapeutică din spital. Este aproape inevitabil ca pacienta să nu privească o astfel de spitalizare ca pe un abandon terapeutic, în care analistul fie nu a vrut, fie nu a putut să-l învingă pe abuzatorul internalizat al pacientei; şi în care, simultan, prin intermediul proceselor disociative, pacienta a fost alungată de terapeutul furios, dezamăgit de eforturile terapeutice ale pacientei. Doar o accesibilitate terapeutică constantă va maximiza valoarea potenţială a unei scurte spitalizări şi va permite interpretarea acestor tipare de transfer–contratransfer. Dacă echipa din spital priveşte internarea pacientei drept un eşec terapeutic — comunicându-i acest lucru pacientei şi împiedicând contactul constant dintre pacientă şi terapeut —, astfel de distorsiuni de transfer–contratransfer sunt întărite, iar procesele disociative sunt consolidate. Deşi echipele de lucru din spital vor vedea, neîndoielnic, eşecuri terapeutice, trebuie ca ele să se familiarizeze cu tipurile de paradigme de transfer–contratransfer puse în scenă de supravieţuitoarele adulte, pentru a evalua reprezentările pacientei şi terapeutului în legătură cu evenimentele care au condus

la spitalizare şi pentru prevenirea unei posibile încetări premature, abrupte şi, în cele din urmă, distructive a terapiei în curs. Ori de câte ori este posibil, echipa de terapie din spital poate servi drept consultant al diadei terapeut–pacientă, încercând să clarifice aspectele problematice ale interacţiunii lor şi, prin aceasta, să „deznoade" iţele încurcate din transfer–contratransfer care este posibil să fi precipitat spitalizarea. O astfel de cooperare, consultare şi, atunci când este necesar, formare şi supervizare sunt aproape întotdeauna preferabile unei alte recomandări de terapie pentru pacientă. Deşi uneori necesară, potenţialul traumatic al unei astfel de măsuri ar trebui să fie întotdeauna un factor în procesul de deliberare al echipei din spital. A cere

unei paciente să aleagă între terapeutul vechi şi unul nou sau a o forţa pe pacientă să se întoarcă împotriva fostului terapeut iubit ambivalent reprezintă situaţii pline de potenţialul pentru o retraumatizare nenecesară.

Recuperarea şi dezvăluirea amintirilor şi a elaborărilor fantasmate

Recuperarea şi dezvăluirea amintirilor se află, evident, printre cele mai semnificative aspecte ale terapiei cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie. Deşi acest lucru nu este suficient în sine pentru realizarea genului de schimbări caracterologice pe termen lung necesare în organizarea internă a universului sinelui şi obiectului pacientei, este totuşi piatra de temelie a acţiunii terapeutice. Există o oarecare controversă în domeniu despre cea mai bună modalitate de a favoriza întoarcerea amintirii patogene. Convingerea noastră este că interacţiunea cu schimbări vag perceptibile în configuraţiile de transfer–contratransfer care se

joacă între pacientă şi terapeut rămâne modul cel mai puternic de potenţare a reapariţiei experienţelor disociate traumatic. Dacă li se permite să-şi croiască drum, nerestricţionat, pe harta internă a oceanului de memorie, experienţă şi fantasmă a pacientei şi terapeutului, toate formele de istorie îndelung uitată sau neformulată se vor reconstrui în cadrul analizei. Într-o astfel de zonă tranziţională potenţialul este nelimitat, modelat doar de aspectele inconştiente, disociate şi neformulate ale experienţei conţinute în graniţele respectivei diade pacientă–terapeut.

Psihologii cognitivişti susţin că amintirile sunt adeseori dependente de stare; adică ele pot fi recuperate doar în condiţii care amintesc de cele în care experienţa a fost încorporată iniţial. Atunci cum se poate recrea o experienţă de abuz traumatic în copilărie fără retraumatizarea pacientei? Este acest lucru posibil? Un număr infinit de amintiri este codificat sistematic şi organizat în jurul unor categorii distincte de experienţe legate de sine şi de obiect şi vor ajunge în conştiinţă dacă o astfel de constelaţie a sinelui şi obiectului este declanşată de vreun eveniment intern sau extern. Astfel de declanşatori, de cele mai multe ori intenşi şi pătimaşi, adeseori aparent arbitrari şi lipsiţi de semnificaţie, sunt cel mai bine descoperiţi în interacţiunea liberă, deschisă şi reciprocă dintre pacientă şi terapeut. În acest proces este inerent ca trauma, atunci când există, să imprime caracteristicile modelului ei pe suprafaţa maleabilă a experienţei psihanalitice; va fi gofrată acolo, într-un basorelief

clar pentru cei familiarizaţi cu amprenta ei interpersonală, pe măsură ce manifestările sale apar în cadrul paradigmelor de transfer–contratransfer legate de traumă.

În evaluarea rolului terapeutului în terapia de orientare psihanalitică a

supravieţuitoarelor adulte, este imposibil să nu se răspundă la controversele actuale referitoare la credibilitatea amintirilor timpurii şi la modurile subtile prin care terapeuţii pot sugera anumite formulări care, prin intermediul puterii transferului, sunt încorporate inconştient în naraţiunea personală a pacientei (Loftus, 1992). Reconstrucţia de orice fel din terapia analitică trebuie să ţină seama de puterea derivată transferenţial a terapeutului de a distorsiona periculos şi de a modela eronat înţelegerea crescândă a pacientei referitoare la povestea ei personală. La fel, nu trebuie subestimată importanţa fundamentală a elaborărilor fantasmate ale traumelor suferite de victimele abuzului sexual din copilărie. Şi nici nu este o sarcină uşoară aceea de a descâlci amintirile de variantele lor impregnate de fantasmă. Cu toate acestea, elaborările fantasmate ale amintirilor traumatice evoluează cel mai adesea dintr-un eveniment real, mai degrabă decât din transformarea pulsiunilor erotice, şi ele sunt menite să protejeze într-un fel relaţiile internalizate ale sinelui şi obiectului pacientei. Poziţia noastră asupra chestiunii poate fi una emfatică; atunci când ascultăm ce ne spun pacientele, ne acordăm la experienţele traumatice îndurate mai degrabă decât să întoarcem urechea în primul rând către fantasmele care elaborează faptele. Prin aceasta, ne amintim că lucrăm cu persoane care, copii fiind, au dezvăluit abuzul unui adult care i-a ignorat, denigrat sau care nu i-a crezut. Deşi, în cele din urmă, atât fantasma, cât şi realitatea trebuie analizate, noi credem că aceste paciente au nevoie de terapeuţi care sunt pregătiţi să audă şi să depună mărturie alături de ele cu privire la realitatea experienţelor lor groaznice din copilărie.

Cu toate acestea, este important să subliniem foarte clar poziţia noastră că *nu este niciodată sarcina terapeutului de a-i spune pacientei că a fost abuzată sexual.* Analiştii nu le pot spune pacientelor ce li s-a întâmplat şi ce nu. Nu avem nicio capacitate extraordinară de a vedea în trecut. Cele mai elegante reconstrucţii pot fi eronate. Analiştii devin adeseori anxioşi în faţa istoriilor de abuz, deoarece presupun că este sarcina lor să distingă ceea ce s-a întâmplat cu adevărat de elaborările fantasmate. Cinstit, acest lucru este

imposibil.

Orice reconstrucţie care include un abuz sexual din copilărie poate apărea numai din repunerea în scenă terapeutică în cadrul paradigmelor de transfer–contratransfer, observate împreună de terapeut şi pacientă în rolurile lor comune de actori şi observatori în scenariul lor aflat în desfăşurare. Este sarcina pacientei să descopere şi să definească semnificaţia personală. Pe măsură ce ne ocupăm de apărările patologice şi de perturbările funcţiilor de testare a realităţii secundare traumei timpurii, pacienta devine un observator mai atent al acestui proces şi este gata să creadă în propriile construcţii explicative. O astfel de construcție, care include posibilitatea sau chiar probabilitatea abuzului sexual traumatic, se va ivi din desfăşurarea terapiei. Nu trebuie ca terapeutul să urmărească în secret să o conducă pe pacientă către o astfel de decizie.

Ca psihanaliste, noi suntem deschise către ceea ce auzim; reflectăm fără prejudecăţi la posibilitatea anumitor reconstrucţii explicative; presupunem un amestec de realitate şi fantasmă în toate mesajele pacientelor noastre. Cu toate acestea, aducem în munca noastră şi o cunoaştere a proceselor de dezvoltare şi a

consecinţelor pe termen lung ale abuzului din copilărie, şi o familiaritate cu apariţia disocierii în activitatea clinică şi legătura inextricabilă dintre disociere şi abuzul din copilărie. Învăţăm să identificăm anumite simptome ascultând povestirile pacientelor noastre şi, în sfârşit, privim cu mare atenţie la apariţia repunerilor în scenă din transfer–contratransfer pe care am ajuns să le asociem cu istorii de abuz traumatic din copilărie. Pe scurt, devenim din ce în ce mai bine documentate şi mai atente cu privire la acele fenomene şi procese care ar trebui să ne alerteze în legătură cu posibilitatea abuzului traumatic. În sfârşit, ascultăm cu o ureche fină asocierile pacientelor noastre şi suntem gata, atunci când este necesar, să validăm experienţele care apar cinstit din travaliul analitic.

Simbolizarea şi codificarea experienţei

De-a lungul sarcinii complexe de a o ajuta pe pacientă să pună la un loc fragmentele disociate ale istoriei ei personale, clinicianul trebuie să ţină minte că amintirile cu adevărat traumatice rar sunt, dacă se întâmplă vreodată,

codificate semantic în memorie. Aşa cum a fost descris de atâtea ori, majoritatea amintirilor abuzului sexual din copilărie reapar ca imagini eidetice intruzive, schimbări de dispoziţie stranii şi inexplicabile, acuze somatice nediagnosticabile, episoade disociative, inundare ideatică şi/sau emoţională cu catalizatori doar vagi şi aparent arbitrari. Cu cât mai îngrozitor şi mai sadic este abuzul, cu atât se poate face cu mai multă certitudine această afirmaţie, deoarece frica în sine ajunge să medieze formele de dezorganizare regresivă care fac inoperante capacităţile verbale. Acest fenomen poate

fi explicat de-a lungul unei axe multidimensionale.

Este ca şi cum amintirile abuzului şi întregul sistem de reprezentări ale sinelui şi obiectului organizate în jurul acestor amintiri ajung să fie prinse într-o capcană, încapsulate într-o lume fără cuvinte. În primul rând, este rar, dacă se întâmplă vreodată, ca victima şi abuzatorul să vorbească despre realitatea abuzului sexual — şi cu certitudine nu în familia lărgită, unde ameninţă să distrugă întregul sistem familial. Pacienta este avertizată în mod repetat că doar păstrarea tăcerii va asigura continuitatea familiei aşa cum o ştie ea, precum şi continuarea existenţei ei în sânul protector al acesteia. Cu supravieţuirea victimei în joc, tăcerea acesteia este pe deplin asigurată. În plus, abuzul sexual se petrece de obicei noaptea, când pacienta este deja într-o stare de somnolenţă, ca de vis, şi nu este, prin urmare, niciodată diferenţiată clar de stările de vis, hipnagogice sau cele de reverie. Întunericul, absenţa cuvintelor şi discontinuitatea extremă a lumii obiectale a pacientei aşa cum apare în această formă, prin comparaţie cu aspectul ei prototip diurn, contribuie, de asemenea, la sentimentul profund de irealitate, una care sfidează reprezentarea verbală.

Este, prin urmare, ceva neobişnuit ca supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie să poată să-şi amintească experienţele lor într-o formă clar articulată. Formele de hiperexcitaţie înspăimântătoare, mediate psihologic şi fiziologic, adeseori sexualizate pervers, dau naştere la o regresie a Eului şi la o dezorganizare ulterioară care fac practic imposibilă simbolizarea lingvistică a experienţei. Imaginile sunt astfel ascunse, precum imaginile unui mozaic, în ţesătura complicată a

materialului clinic, articulate mai uşor ca prim-plan în contrast cu fundalul atunci când observatorul este relativ familiarizat cu tiparele care pot apărea.

În absența cuvintelor, astfel de tipare își lasă amprenta asupra relației analitice, astfel creând un flux constant de repuneri în scenă traumatice în acest cadru. Prin intermediul mecanismelor proiective-introiective, potențate activ de inaccesibilitatea limbajului, pacienta și terapeutul alternează rolurile lor de subiect și obiect, de victimă și abuzator, de salvator și de un celălalt neglijent.

Numai pe măsură ce scenariile traumatice se rejoacă în relația analitică semnificația poate să apară din haosul și panica repunerilor în scenă veșnic frenetice. Între pacientă și terapeut, cuvintele pot fi în sfârșit folosite pentru a reprezenta activitatea care se rejoacă între ei atât de consecvent; la fel, cuvintele pot fi utilizate pentru a furniza legături semnificative între aceste repuneri în scenă și evenimentele, precum și evenimentele posibile, din trecutul pacientei. Când trecutul și prezentul sunt aduse laolaltă — fiecare explicându-l pe celălalt —, imaginile intruzive, schimbările extreme de dispoziție, simptomele somatice ș.a.m.d., care bântuie existența pacientei cu o suferință lipsită de semnificație, pot fi, în sfârșit, plasate într-un cadru de referință contextual, legat de relațiile internalizate și de manifestările lor externe actuale. Prima sarcină terapeutică este, astfel, nu numai simpla analiză a elaborărilor fantasmate ale momentelor reale de abuz sexual, ci și, în măsura în care abuzul este traumatic, desprinderea inteligibilității istorice și interpersonale din dezordinea și haosul copleșitor. Construirea sensului trebuie, aici, să preceadă analiza sa. Împreună, terapeutul și pacienta trebuie să învețe să asculte

un limbaj neobișnuit de imagini, stări și experiențe somatice — un limbaj în mare măsură straniu și nefamiliar psihanaliștilor practicanți. Împreună, pacienta și terapeutul trebuie, de asemenea, să ajungă să creadă în ideea că astfel de fenomene sunt parte a amintirilor care trebuie reintegrate la fel cum sunt cele pe care pacienta le poate verbaliza. Amintirile care reapar sub forma imaginilor intruzive, schimbărilor de dispoziție, panourilor nocturne, senzațiilor corporale ș.a.m.d. recurente sunt simple manifestări ale experienței care a fost conservată mental într-un mod diferit și într-un moment din trecut când cuvintele potrivite au dat greș.

Nu poate fi subliniată îndeajuns importanța codificării verbale și a simbolizării tipurilor de experiențe care copleșesc multe supraviețuitoare ale

abuzului din copilărie. În cele din urmă trebuie găsite cuvinte pentru a descrie și a da un sens acestor momente. O astfel de simbolizare semantică trebuie să faciliteze capacitatea de conștientizare autoreflexivă a pacientei, servind în final la reîntărirea simțului ei al realității, profund deteriorat. Pentru că, altfel, cum am putea să ne așteptăm ca pacienta să creadă în ceva despre care n-a fost niciodată capabilă să vorbească? Un astfel de proces facilitează și comunicarea dintre aspectele disociate ale universului pacientei. Acel sistem de reprezentări internalizate ale sinelui și celuilalt, existent în contextul abuzului continuu și clivat disociativ de restul conștientizării, poate vorbi, după atât de multă vreme, despre teroarea, trădarea, pierderea controlului și, uneori, chiar pierderea cunoștinței. Astfel de experiențe pot fi împărtășite unui alt sistem internalizat, închis disociativ acestei cunoașteri, și unui terapeut care, exact prin prezența și prin rezonanța lui empatică este gata să

retrăiască experiența devastatoare și incomensurabilă de singurătate înspăimântătoare specifică supliciului traumatogen. Numai prin intermediul limbajului pot fi reparate astfel de breșe debilitante în conștientizare și în percepția sinelui și a celuilalt.

O altă problemă este distructivitatea omnipotentă cu care își impregnează cuvintele multe supraviețuitoare ale incestului. Din cauza faptului că pacienta a păstrat o tăcere atât de dureroasă cu privire la abuz, vreme atât de îndelungată, sub amenințarea expunerii, răzbunării sau repudierii din familie, chiar și cuvintele ei s-au impregnat simbolic cu un potențial, amplificat în mod fantastic, de distrugere și devastare. Pacienta crede că verbalizarea abuzului poartă și în prezent aceeași putere de a-i distruge lumea pe care o avea atunci când era un copil complet dependent. Pe măsură ce pacienta și terapeutul dau împreună nume evenimentelor traumatice și celor care le-au înfăptuit, pe măsură ce exprimă furia, neajutorarea și groaza, perlaborând în același timp trăirile asociate de vinovăție și participare fantasmată, cuvintele sunt eliberate de puterea lor de a distruge. Din nou, există o consolidare a distincției critice dintre simbolic și real. Pe măsură ce diada terapeutică supraviețuiește utilizării unor astfel de cuvinte furioase la adresa abuzatorului, ei pot începe să-și adreseze unul altuia cuvinte mânioase, fără frica, anterior ubicuă, de abandon sau anihilare.

În paralel cu importanța pe care o acordăm simbolizării există și

recomandarea, la fel de importantă, ca vorbele folosite să fie cele ale pacientei — alese cu grijă şi supuse mereu schimbării şi reformulării. Procesul terapeutic, precum o

sculptură, o aduce pe pacientă din ce în ce mai aproape de o construcţie finală cu care se poate simţi mulţumită; dar opera rămâne „în lucru" pentru o vreme. În acest caz rămânem conştiente că orice vorbă rostită între pacientă şi terapeut captează o bucăţică din lumea de coşmar a pacientei; totuşi, o astfel de definire a experienţei limitează, de asemenea, ceea ce poate fi înţeles prin iluzia trăită şi înţeleasă analitic.

Integrarea sistemelor disociate ale sinelui şi obiectului

Unul dintre obiectivele de bază ale terapiei cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie dintr-o perspectivă psihanalitică este oportunitatea de a perlabora, prin intermediul repunerii în scenă din transfer–contratransfer şi a interpretării, sistemele clivate ale reprezentărilor sinelui şi obiectului secundare abuzului traumatic din copilărie. Deşi lucrările despre reacţiile traumatice clarifică asocierea incontestabilă dintre traumă şi disociere, majoritatea lucrărilor despre terapie se concentrează pe necesitatea de a o ajuta pe pacientă să recupereze amintirile situaţiilor de abuz. Cu toate acestea, deşi o astfel de recuperare a amintirilor traumatice este necesară, nu este deloc suficientă pentru a realiza schimbările caracteriale necesare de funcţionare interpersonală şi armonia internă la care ţintim. Poziţia noastră rămâne aceea că abuzul traumatic provoacă nu doar disocierea amintirilor, ci a întregului sistem de reprezentări complexe ale sinelui şi obiectului legate asociativ de acele împrejurări de abuz cronic. Punerea în scenă, codificarea semantică şi perlaborarea finală a acestor matrice interne ale sinelui şi

obiectului explică schimbarea structurală reală şi pe termen lung a supravieţuitoarelor adulte. Pacienta trebuie să ajungă în cele din urmă să înţeleagă nu numai ceea ce s-a întâmplat, ci şi cum acele evenimente au devenit un model de organizare internă a tuturor experienţelor ulterioare.

Suntem întrebate adeseori despre locul hipnozei în recuperarea amintirilor traumatice. Avem mai multe rezerve şi considerăm că strategia noastră terapeutică de evocare a amintirilor traumatice cu ajutorul declanşatorilor încorporaţi în punerile în scenă din transfer–contratransfer oferă o alternativă

preferabilă. Din experienţa noastră, stări ca de transă apar în mod natural şi regulat în terapia supravieţuitoarelor adulte ale abuzului din copilărie. La urma urmelor, disocierea este o stare de transă şi a devenit un aspect foarte natural şi important în panoplia defensivă a supravieţuitoarei adulte. Pe măsură ce paradigme specifice de transfer–contratransfer legate de împrejurările abuzului sunt repuse în scenă în timpul terapiei, pacienta va aluneca lin în astfel de stări, fără ajutorul vreunei inducţii artificiale. La urma urmelor, transferul în sine este o alterare a conştiinţei care permite iluziei să ia, temporar, locul unei realităţi interpersonale.

Pe de altă parte, pericolele utilizării unei proceduri formale de inducţie hipnotică sunt complexe. Cu siguranţă, pacienta se va simţi invadată de o forţă puternică şi dezarmantă. Cedarea controlului ar putea fi retrăită ca o supunere traumatică în faţa terapeutului/abuzatorului atotputernic, iar recuperarea amintirii drept încă o violare a minţii şi corpului. Amintirea trebuie să apară numai când pacienta consideră potrivit şi se simte pregătită. Trebuie să simtă că deţine controlul

procesului de recuperare a amintirilor. Într-adevăr, unul dintre aspectele cele mai problematice ale flashbackurilor situaţiilor abuzive este că acestea tind să inunde trăirea pacientei şi să o facă să se simtă invadată de gânduri intruzive şi incontrolabile. Misiunea terapiei este de a o ajuta pe pacientă să se simtă mai în control, pentru ca amintirile să-şi poată face reapariţia treptat şi să fie reintegrate în experienţa pacientei. Tehnicile care încearcă să sară peste astfel de apărări nu pot fi decât sortite eşecului, chiar dacă iniţial sunt tentante pentru pacientă şi terapeut, deopotrivă. Folosirea de către noi a hipnozei este aşadar limitată la tehnicile de relaxare profundă descrise mai sus, tehnici concepute nu să copleşească, ci mai degrabă să dezvolte capacitatea pacientei de a conţine reapariţia amintirilor traumatice.

Internalizarea unei noi relaţii cu obiectul faţă de terapeut

La baza filosofiei noastre de tratament al supravieţuitoarelor adulte ale abuzului din copilărie se află o credinţă terapeutică mai cuprinzătoare, conform căreia amintirile de orice fel sunt în cele din urmă organizate în jurul experienţelor legate de persoanele importante din viaţa individului. Este, prin urmare, o extindere firească a acestei perspective să credem că alinarea, desfacerea şi refacerea care trebuie realizate cu supravieţuitoarele adulte pot

să demareze şi să fie internalizate numai în contextul unei relaţii cu obiectul semnificative între pacientă şi terapeut. Amintirile traumatice pot fi „abreacţionate", dar relaţiile abuzive nu pot fi eliminate chiar atât de uşor.

Este extrem de important ca terapeutul care lucrează cu o supravieţuitoare adultă să înţeleagă că, prin chiar prezenţa lui, situaţia traumatogenă iniţială se schimbă. Pe măsură ce terapeutul stă martor la reapariţia amintirilor traumatice, pe măsură ce validează amintirile pacientei aşa cum rezonează ele cu propriile sale reacţii contratransferenţiale, pe măsură ce ajută la demistificarea sentimentului de irealitate care impregnează trăirile diurne ale pacientei, el modifică permanent percepţia supravieţuitoarei că durerea, frica şi furia pot fi trăite în siguranţă doar în izolare. Într-o familie abuzivă, neajutorarea copilului este asigurată prin inundarea resurselor interne şi prin indisponibilitatea unui sprijin auxiliar acordat Eului în familie. Acolo unde există cineva care să te asculte, să împărtăşească, să confirme şi, în cele din urmă, să ajute prin conţinere, efectele patognomonice ale unei astfel de izolări neajutorate sunt reconfigurate.

În interiorul acestei relaţii terapeutice dintre pacientă şi terapeut, nu numai trecutul este re-elaborat, ci şi un viitor prematur care este redeschis iar. Suntem martori ai unei capacităţi crescânde de a rezona cu timbrul emoţional al unui celălalt semnificativ; de a avea încredere în bunătatea lor esenţială, în acelaşi timp în care furia, invidia, lăcomia şi alte sentimente negative pot fi trăite şi cunoscute ca aspecte esenţiale ale contactului interpersonal, fără teama de a distruge sau de a fi distrus. Vedem şi dorinţa de a cunoaşte şi de a fi cunoscută de celălalt, fără angoasa dezorganizantă secundară unei experienţe de penetrare ostilă. A atinge şi a fi atinsă, a emoţiona şi a fi emoţionată, a influenţa şi a fi influenţată, toate acestea pot, din nou sau poate pentru prima oară, să apară ca aspecte semnificative ale

tranzacţiilor interpersonale prin care cu toţii ne străduim să ne construim un sanctuar sigur în lumile noastre, de altfel, anonime.

Reapariţia şi conţinerea amintirilor traumatice, formularea simbolică şi codificarea verbală a acestor amintiri, integrarea reprezentărilor sinelui şi obiectului anterior ireconciliabile organizate în jurul acestor experienţe traumatice, şi participarea şi internalizarea ultimă a reprezentărilor sinelui şi obiectului cruciale organizate în jurul analistului sunt, toate, aspecte esenţiale

ale travaliului terapeutic ce trebuie făcut. Ne amintim de o efuziune extrem de lucidă a unui proces primar, pronunţată de o femeie schizofrenică deosebit de inteligentă care i-a fost pacientă uneia dintre autoare. După o şedinţă deosebit de emoţionantă în care atât pacienta, cât şi terapeuta au fost fascinate de materialul apărut, pacienta s-a ridicat să plece, spunând: „Păi, vă mulţumesc, doamnă doctor... Cu siguranţă mi-aţi dat ceva hrană pentru gânduri... sau poate că ar fi mai corect să spun gânduri pe post de hrană... Of, nu ştiu care dintre ele... probabil ambele... Ceea ce vreau să spun este că, astăzi, chiar am făcut treabă bună împreună, dumneavoastră şi cu mine".

CAPITOLUL 12

Reflecții finale: implicații teoretice și reconsiderări

O tânără se află în cabinetul terapeutei ei. Are spre treizeci de ani, e deprimată, adusă de spate, relativ inexpresivă și, ca de obicei, mai mult necomunicativă. E grasă, neîngrijită și șleampătă. Vorbește confuz și cuvintele aproape că nu i se aud. Terapeuta se luptă cu propriul ei sentiment de frustrare și de lipsă de speranță. Pacienta se descurcă minunat într-un post care îi cere atât exprimare clară, cât și disciplină intelectuală; cu toate acestea, în ședințele de terapie este aproape insuportabil de înceată și de obtuză. Pacienta vine de două ori pe săptămână de mai bine de 6 luni și totuși terapeuta are senzația că nu știe mare lucru despre viața acestei femei. A încercat în fel și chip să intre în contact cu pacienta, dar toate eforturile au eșuat. Se pare că nu mai are ce face decât să aștepte.

Dintr-odată, pacienta se apleacă înainte; ochii i se umplu de lacrimi; scoate un oftat tânguit și deschide gura ca și cum ar vrea să spună ceva. Terapeuta simte că inima a început să-i bată un pic mai tare, că se apleacă și ea în față în fotoliul ei, străduindu-se nerăbdătoare să vină în întâmpinarea expresiei inconștiente de apropiere a pacientei. Poate că a venit momentul. O clipă, oricât de efemeră, de implicare emoțională autentică. O revelație, care poate că o va răsplăti pentru lungile luni de izolare apăsătoare și sufocantă. Pentru prima oară în ședința de azi terapeuta se simte vie, încercând să prindă acele câteva cuvinte prețioase.

Pentru o clipă, pacienta și terapeuta se privesc în ochi. O fuziune trecătoare

de nevoie pură și receptivitate terapeutică. O experiență care clar nu va trece neobservată de către cele două participante la acest demers. Dar tocmai în acel moment de complementaritate emoțională precisă, fluxul a început să se retragă. Terapeuta privește cu mare dezamăgire cum ochii pacientei înghit lacrimile, exact în momentul în care promiteau să se reverse și să reînvie spațiul analitic secătuit. Pacienta oftează din nou, dă din cap vehement în semn de „nu" și se cufundă în fotoliu. Se întoarce către terapeută și o privește iar în ochi pentru o clipă în care îi comunică astfel durerea unei vieți pline de nenumărate astfel de încercări eșuate. Terapeutei, înseși îi vine să plângă.

În cursul următorului an de terapie, astfel de interacțiuni reapar în repetiții

monotone, ca valurile, aproape hipnotizante ale acestui tipar neverbalizat; perioade lungi, neîntrerupte de descurajare şi de retragere, suportabile doar datorită unor astfel de ferestre de acces, efemere şi amăgitoare, către durerea şi dorul palpabil al pacientei. Trăiri de deznădejde, disperare, întâlnire, precum şi excitaţie, oboseală, plictiseală, vinovăţie şi reîntâlnire îşi găsesc, alternativ, loc în realitatea internă a pacientei şi terapeutei, schimbând perspectivele cu o viteză ameţitoare. Dat fiind că ele există, în mare măsură, în afara dialogului acestei terapii, care rămâne concentrat pe obţinerea accesului la trecutul pacientei şi pe înţelegerea felului cum aceste experienţe din trecut modelează manifestările transferenţiale din prezent, aceste trăiri paralele de transfer şi contratransfer, aşa cum sunt ele încastrate în prezent, rămân în mare măsură practic neverbalizate. Aceasta în ciuda faptului că valenţa emoţională intens purtat de astfel de experienţe conţine singura realitate

împărtăşită care există între pacientă şi terapeută.

Într-un efort de a rămâne vie din punct de vedere terapeutic şi conectată, terapeuta iniţiază o serie de trei şedinţe de supervizare, care în paranteză fie spus şi retrospectiv par să oglindească tendinţele care decurg din teoria psihanalitică. Primul supervizor ascultă cu îngrijorare crescândă cum încercările active ale terapeutei de a o angaja pe pacientă într-un dialog i-au oferit involuntar pacientei, în identificare cu agresorul ei, o cale accesibilă de control manipulativ şi frustrare sadică a terapeutei, în esenţă o reacţie terapeutică negativă sub forma unui blocaj sadomasochist. Acest supervizor recomandă creşterea numărului de şedinţe la trei pe săptămână de a se întinde pe divan şi limitarea semnificativă a participării terapeutei, restabilind astfel ceea ce el numeşte „atmosfera pierdută temporar de neutralitate şi abstinenţă terapeutică". Din perspectiva prezentului, am putea să fim parţial de acord cu evaluarea situaţiei clinice făcută de acest supervizor, dar îi înţelegem recomandarea ca reprezentând un contraatac indus contratransferenţial la adresa pacientei, chiar dacă e credibilă prin apartenenţa sa la tehnica clasică convenţională.

A doua supervizoare este acordată empatic la nesfârşita căutare şi distrugere a speranţei de către această pacientă în relaţia terapeutică. Este impresionată de ceea ce vede ca fiind deficienţele majore din prima parte a vieţii acestei

paciente (deşi nu prea există amintiri) şi discută de nevoia unui mediu terapeutic de susţinere care să faciliteze apariţia capacităţilor Eului cu dezvoltare întârziată şi a experienţelor sinelui în relaţii gratificante cu o altă persoană. Ea subliniază cât de important este ca terapeuta să rămână implicată empatic în eforturile pacientei şi să fie

atentă mai ales la genul de reacţii răzbunătoare generate contratransferenţial, care ea considera că erau indicate de recomandările primului supervizor.

Terapeuta este acum complet derutată. Ambii supervizori au mulţi ani de experienţă în predare şi sunt respectaţi în comunitatea analitică; totuşi, se pare că ei recomandă direcţii de terapie diametral opuse. Terapeuta nu este mulţumită de prima sugestie din cauza nuanţelor răzbunătoare deja menţionate, iar cea de-a doua nu îi pare mult diferită de abordarea pe care deja o avea, adică de menţinere a unei rezonanţe empatice cu pacienta ei distantă şi necomunicativă. Se mai străduieşte o vreme şi, în disperare, apelează la încă o supervizare.

Între terapeută şi al treilea supervizor se stabileşte o relaţie directă. Împreună reuşesc să creeze o atmosferă de o deschidere şi reciprocitate neobişnuite, atmosferă simţită ca un loc sigur pentru autodezvăluirea fecundă. Acest supervizor ascultă materialul clinic şi observă: „Sunt uimit cât de multe ştii despre pacienta ta. Cred că problema este că petreci prea multă vreme aşteptând cuvinte de la ea. Ea nu îţi vorbeşte despre ea, îţi arată. Ea nu are cuvinte. Probabil că le aşteaptă pe ale tale. Mergi şi vorbeşte-i despre ea. Cred că asta aşteaptă să faci“. Terapeuta cere lămuriri, ce ar trebui să spună? „Nu ştiu ce ţi-a spus. Şi nici tu n-o să ştii dacă nu o să asculţi altfel; nu cuvintele sau absenţa cuvintelor, ci întreaga situaţie; stările, corpul, gesturile, tăcerile... Vino peste câteva săptămâni să mai vorbim.”

Este greu de exprimat efectul acestei contribuţii asupra demersului terapeutic. Terapeuta a început să vorbească în şedinţele cu pacienta ei despre propriile ei trăiri, despre momentele ei de speranţă şi disperare, percepţia ei de a-i fi utilă

pacientei, precum şi despre sentimentul de frustrare şi de incompetenţă. I-a împărtăşit convingerea că pacienta dorea cu disperare să comunice, dar cumva nu putea găsi cuvintele prin care să facă acest lucru. Desigur, toate

acestea dozate treptat în timp. Fiind ceva nou pentru terapeută, care mergea în acest caz dincolo de modul ei obişnuit de lucru, putem presupune un oarecare grad de stângăcie şi de eroare în abordare. Cu toate acestea, schimbările în demersul terapeutic erau palpabile. În esenţă, atât pacienta, cât şi terapeuta s-au trezit. Terapeuta a povestit că se simţea vie, implicată, atentă la nuanţele interacţiunii terapeutice care mai înainte trecuseră neobservate. Ani mai târziu, pacienta îşi descria experienţa ei:

„Era ca şi cum întotdeauna văzusem lumea şi mă raportasem la ea printr-o ceaţă... o peliculă sau un văl translucid. Puteam să văd lumina, dar nu existau forme sau contururi. Totul era fluid... dacă distingeam ceva, se schimba. Nu puteam vorbi sau găsi cuvinte pentru aşa ceva. Când ai început să vorbeşti cu mine despre lucrurile astea, am început să simt că aş putea să le prind şi eu cumva... cel puţin suficient cât să le simt... să înţeleg ce puteau fi".

La trei luni după această schimbare în terapie, s-a întâmplat ceva ce atunci părea remarcabil. Pacienta a venit la şedinţă vizibil angoasată. A spus că, deşi sincer nu i se păruse important până atunci, era ceva ce terapeuta ar fi putut considera important de ştiut. A continuat prin a descrie că singura problemă era că nu-i putea spune în cuvinte ceea ce avea nevoie să-i spună. În momentul acela a scos o foaie de hârtie din servietă, a scris ceva pe ea şi i-a întins-o terapeutei. Dat fiind contextul

acestei cărţi, cititorul nu va fi surprins, aşa cum a fost terapeuta, că pe hârtie era scris doar un singur cuvânt: *incest*.

Pacienta a continuat: „Acum o să iau hârtia înapoi şi nu vom mai vorbi despre asta, pentru că nu vreau să ştiu. M-am gândit că ai nevoie să ştii, dar eu nu pot. Te rog, nu spune nimic". Respectând dorinţele pacientei, terapeuta i-a înapoiat hârtia iar pacienta a rupt-o în bucăţele şi, spre uluirea terapeutei, a început să le înghită.

După luni de eforturi de a descifra şi înţelege cu adevărat acest mod de lucru, terapeuta a simţit apariţia bruscă a unei oarecare limpezimi. „Cred că tocmai m-ai ajutat să înţeleg din interiorul meu cum e să fii martor şi părtaş la ceva care se cere cu disperare rostit, dar unde promisiuni şi angajamente solemne fac din asta un act de trădare." Pacienta a zâmbit şi iarăşi ochii i s-au umplut de lacrimi. După şedinţă, terapeuta şi-a dat seama că era prima oară când o

văzuse pe această pacientă zâmbind.

Prezentăm acest rezumat clinic lung şi dramatic ca pe un fel de alegorie: un terapeut în căutarea unei metode de a aborda şi de a da glas la ceea ce rămâne de nerostit sau chiar de nesimbolizat de către pacientă. Este o poveste adevărată, împărtăşită autoarelor şi care datează dintr-o vreme din istoria recentă a psihanalizei în care folosirea activă a contratransferului era menţionată rar, dacă era vreodată — cu siguranţă nu ca o parte atât de activă a dialogului psihanalitic ca acum. Am inclus-o aici, deoarece credem că subliniază unele dintre cele mai acute controverse actuale din domeniu. Deşi aceste controverse nu sunt unice terapiei cu supravieţuitoare adulte ale abuzului sexual din copilărie, acest domeniu particular

de activitate, cu accentul său pe punerile în scenă din transfer–contratransfer, care se schimbă rapid şi sunt întotdeauna intense şi regresive, face din rezolvarea clinică şi teoretică a acestor controverse un imperativ constant pentru clinician.

Ne încheiem astfel lucrarea prin prezentarea propriilor noastre concluzii teoretice ale unora dintre aceste chestiuni şi prin anticiparea unora dintre întrebările, preocupările şi criticile cititorilor cu privire la: (1) interacţiunea terapeutică dintre iluzie şi realitate, cu accent particular pe ceea ce am numit „*persona* copil"; (2) o reevaluare a conceptelor tradiţionale de abstinenţă şi neutralitate în terapia cu victime ale abuzului; (3) câteva reflecţii cu privire la patogenitatea identificării proiective la copiii abuzaţi şi atitudinea investigaţiei analitice; şi, în sfârşit, (4) o reconsiderare a locului dinamicii oedipiene în dezvoltarea psihică şi poziţia terapeutică ce decurge dintr-o astfel de reconsiderare.

Interacţiunea dintre iluzie şi realitate

Nutrim speranţa că vinieta extrem de mişcătoare prezentată în secţiunea precedentă face explicită convingerea noastră esenţială că terapia şi schimbarea psihanalitică presupun construirea cu succes a unui spaţiu potenţial (Khan, 1971; Winnicott, 1957) în care analistul şi pacientul cocreează o lume iluzorie în care trecutul, prezentul şi viitorul, lumea reală, cea elaborată fantasmat şi cea altfel ireductibilă, pot prinde viaţă venind

pentru o vreme în centrul scenei în această realitate accesibilă amândurora. Într-o lume în care experiența a sfidat cuvintele, în care nu a fost niciodată adecvat codificată, trăită și refulată, creșterea trebuie să se producă

prin intermediul repunerii în scenă. Într-o mulțime de moduri, repunere în scenă în transfer–contratransfer — ideație intruzivă și flashbackuri, simptome somatice, vise, fantasme ș.a.m.d. —, presiunile trecutului își vor face simțită prezența, fără cuvinte, în acest spațiu tranzițional. Nu toți pacienții vor fi la fel de expresivi comportamental ca pacienta noastră care și-a înghițit la propriu cuvintele, dar toți vor găsi o cale de a imprima ceea ce simultan știu și nu știu pe mediul activ receptiv al discursului psihanalitic.

În cazul descris progresul a fost în cele din urmă obținut prin implicarea „*personei* copil“, deplângând povara tăcerii ei cumplite și a singurătății rezultate și dezvăluind, cu grijă și empatie, experiențele incestului brutal pe care-l suferise. Inițial terapeuta a trebuit să vorbească în numele copilului, ținut închis cu grijă de către „adultă”; dar, în final, a putut vorbi cu copila despre tot ceea ce i se întâmplase, a putut să proceseze împreună cu ea toate modurile în care ele două repuseseră în scenă diversele laturi ale reprezentărilor sinelui și obiectului specifice experiențelor de abuz anterior disociate, fantasmele de victimă, abuzator, salvator și celălalt neglijent.

Când acest sine–copil și-a făcut apariția, analista i s-a adresat ca unui copil traumatizat, încet, cu blândețe, liniștitor. A făcut ceea ce era necesar pentru a o proteja pe copilă, simbolic și faptic, de toate pericolele care o amenințau. Acestea includeau propriile ei comportamente autodistructive și neglijente cu sine; comportamente, atitudini și ipostaze contrafobice inutil de periculoase care amenințau continuitatea terapiei; atacuri la eficiența terapeutei; ș.a.m.d. Au jucat mai întâi pe

un teritoriu sigur, cu idei despre trecut și prezent, cu idei despre ce ar fi putut gândi, simți, imagina. Pe măsură ce relația a devenit mai sigură, au început să lucreze cu gânduri și sentimente mai furioase, lăsând în cele din urmă locul tipului de repuneri în scenă pasionale de scenarii abuzive și contraabuzive descrise mai devreme în carte. Astfel de repuneri în scenă și-au pierdut în cele din urmă patina de „joc" și au devenit bătălii foarte reale și ucigătoare pentru supraviețuirea copilului-terapeutic. Terapeuta și pacienta au înfruntat expunerea repetată la moartea psihică în acel interior analitic.

Considerăm că odată cu astfel de repuneri în scenă trecutul şi prezentul se împletesc, pe măsură ce pacienta şi terapeutul explorează groaza şi impenetrabilitatea iubirii, dependenţei, urii şi trădării care marchează experienţele structurante ale lumii interne a pacientei şi, prin urmare, graniţele realităţii în spaţiul lor iluzoriu comun. În esenţă, terapia în sine devine un cămin iluzoriu pentru copilul abuzat care nu a cunoscut şi nici nu va cunoaşte vreodată vreun alt sanctuar mai sigur. Un astfel de cămin oferă un fundal de siguranţă şi conţinere, în acelaşi timp permiţând, încurajând chiar, apariţia celor mai amare momente de trădare, celor mai inexprimabile grozăvii ale abuzului sexual, celor mai profunde trăiri de ură abjectă, în contextul unor legături de ataşament dependente, uneori iubitoare faţă de celălalt.

Unii obiectează la descrierea făcută de noi *personei*-copil, considerând că nu este cu nimic mai mult decât o metaforă (Shengold, 1992); cu toate acestea, pentru noi, copilul care îşi face apariţia iar şi iar, atunci când ne angajăm în terapia unei

supravieţuitoare adulte, este o figură esenţială palpabil de reală în demersul clinic. Desigur, nu credem că acolo chiar se află o persoană mică în interiorul adultei care vine la terapie, mai mult decât credem că putem identifica locul fiziologic al Eului. Cu toate acestea, pentru analistul clinician, *persona*-copil este o *realitate clinică*, fie ea o realitate născută din iluzie. Ea nu trăieşte de obicei în universul celorlalţi, dar îşi face un cămin în spaţiul tranziţional creat între pacientă şi terapeut. În acest spaţiu îşi aminteşte, retrăieşte şi, cel puţin parţial, reconstruieşte acele relaţii traumatice care au fost forcluse precipitat, pe măsură ce evenimentele abuzive au fost disociate. Într-o lucrare elocventă despre valoarea susţinerii paradoxului în terapia psihanalitică, Emmanuel Ghent (1992) scrie:

„Pe cât de adevărat este că nu există un copilaş în interiorul unui pacient adult... pe atât de des se întâmplă ca drumul către adevăr să treacă prin intensitatea iluziei. Nu este analiza un veritabil ţarc pentru transfer şi contratransfer şi ce sunt acestea, dacă nu vehicule întru descoperirea adevărului prin demolarea zidurilor iluziei? Nu sunt visele, iluziile chintesenţiale, ficţiuni? Nu sunt majoritatea formelor de artă — rânduri scrise pe un suport plan sau cuvinte ambigue în versuri albe sau oameni jucând

roluri pe scenă —, nu sunt toate acestea construite pe iluzie? Și nu ne conduc, ele toate, prin iluzie, la întâlnirea cu un nivel de adevăr și realitate altfel inaccesibil?" (p. 139)

Ghent afirmă în cadență poetică necesitatea de a ne suspenda încrederea în raționalitate pentru a ajunge la adevăruri mai intense în munca noastră clinică.

Credem că prezența *personei*-copil reprezintă exact o astfel de formă de adevăr irațional. Numai între granițele acestei iraționalități construite cu grijă își vor putea face pe deplin apariția amintirile traumatice ale copilăriei și reprezentările lor disociate ale sinelui și obiectului. Considerăm, așadar, că progresul analitic va apărea numai atunci când analistul va putea crea pentru copilul disociat un cămin și va intra apoi cu inima deschisă în lumea iluzorie a acestuia.

Întorcându-ne la pacienta pe care o prezentam, cititorul va fi interesat de circumstanțele și modul în care a fost rupt puternicul legământ al tăcerii dintre pacientă și terapeută. La aproape trei luni după întâmplările descrise mai sus, timp în care nici pacienta și nici terapeuta nu au scos o vorbă despre ceea ce ieșise la iveală, s-au întâmplat următoarele lucruri. Pacienta a venit într-o zi la o ședință în ceea ce părea a fi o dispoziție neobișnuit de „vorbăreață“ și de „voioasă”. Era oarecum amuzată că încurcase două scrisori la birou și uitase complet de termenul de finalizare al unui alt proiect. Părea neobișnuit de „aiurită“ și părea să se simtă bine așa, complet diferită de perfecționista exagerat de meticuloasă și cu mintea limpede pe care o afișa de obicei. Terapeuta a avut sentimentul că „parcă era o altă persoană”. (O astfel de senzație ar trebui să îl facă întotdeauna atent pe terapeut cu privire la posibila prezență a unui material disociat.) În timp ce terapeuta reflecta la aceasta, a auzit-o pe pacientă spunând veselă și râzând:

PACIENTA: Este uluitor cum uneori pot, pur și simplu, să-mi scot din cap chestii importante, uite așa. Au dispărut complet!

TERAPEUTA: S-ar părea că asta a fost pentru tine o tehnică de supraviețuire elaborată îndelung. Au fost lucruri pe care a trebuit să le dai afară din minte.

PACIENTA: Vezi, acum ai grijă... tu vorbești de cu totul altceva... avem o

înțelegere și, știi, o promisiune e o promisiune.

TERAPEUTA: Trebuie să fiu fată cuminte și să nu vorbesc niciodată despre niște lucruri pe care le știu. Știi, asta este foarte greu și e mai mult decât o nebunie.

PACIENTA: Nu știu ce vrei să spui.

TERAPEUTA: Nu, dar cred că o parte din tine știe. M-aș aventura să spun că o parte din tine știe exact ce vreau să spun... exact ce simt. Cred că partea aceea din tine este foarte mică... și stă cu ochii pe mine să vadă dacă sunt rea... pentru că, dacă sunt, poate că atunci se va simți în siguranță să vorbească și să fie și ea rea cu mine.

PACIENTA: [Pacienta își ridică picioarele și se face ghem, la propriu, în fotoliu. Își acoperă fața cu pletele lungi și pentru o clipă pare că-și suge degetul. Tonul vocii este izbitor de diferit de orice a auzit terapeuta până atunci.] Ești rea? Faci vreodată prostii?

TERAPEUTA: De multe ori. Când eram mică, făceam uneori prostii de care nici măcar nu știam că sunt prostii. Cred că și acum fac prostii uneori.

PACIENTA: Când eram mică, am făcut prostii de fată mare.

TERAPEUTA: Poți să-mi povestești despre asta? S-ar putea să te simți mai

bine dacă ai putea.

PACIENTA: Ai baie aici [pacienta folosise baia, desigur, de multe ori]? Simt că mi se face greață. [Pacienta tace și își acoperă gura cu mâna.] Ce m-ai întrebat?

TERAPEUTA: [Observând trecerea disociativă] Te-am întrebat dacă vrei să-mi povestești despre prostii... dacă crezi că te-ar putea ajuta.

PACIENTA: Chiar mi-e greață... îmi vine să vomit.

TERAPEUTA: Ca și cum ceva din interior ar vrea să iasă afară?

PACIENTA: A fost tata... [pacienta plânge acum, şi corpul începe să îi tremure incontrolabil] Nu pot opri asta. Cred că asta e tot ce pot să spun acum...

TERAPEUTA: Poţi să spui doar un cuvânt pe zi dacă aşa ai nevoie.

PACIENTA: [Mai tace câteva minute, încă plângând.] M-a durut. [Nu e conştientă de felul în care vorbeşte.]

TERAPEUTA: Sunt convinsă, cred că te-a durut foarte tare.

PACIENTA: [Privind în ochi şi încuviinţând din cap într-un fel foarte copilăros, încă plângând.]

TERAPEUTA: Ştii, doare şi să auzi asta... să te văd că suferi atât de tare... dar, chiar şi aşa, nu mai e aşa o nebunie ca atunci când amândouă ştim lucrul acesta despre care nu putem vorbi...

Şi tot aşa.

Acest paradox al jocului dintre fantasmă şi iluzie ne conduce către încă o

dilemă. Dacă pacientele suferă de un deficit serios în testarea realităţii, cum se poate ca o parte atât de mare a demersului terapeutic de care este nevoie pentru a repara acest deficit să se petreacă într-o lume a iluziei? Nu va agrava problema? Răspunsul nu poate fi decât un „nu" inechivoc. Suntem întrebate adeseori despre paciente care prezintă toate simptomele unui abuz sexual, ale căror vise şi fantasme par să reflecte experienţele abuzului concret şi în cazul cărora toate repunerile în scenă intense din transfer–contratransfer pe care le-am descris se joacă în travaliul analitic; dar, spre deosebire de pacientele pe care le-am prezentat, acestea nu reuşesc niciodată să recupereze amintirile unui astfel de abuz. Cu certitudine există astfel de cazuri şi nu putem afla niciodată ce s-a întâmplat în copilăriile acestor paciente sau de ce rămân incapabile să-şi recupereze amintirile.

Cele mai norocoase paciente ale noastre îşi verifică amintirile cu membrii familiei sau chiar cu abuzatorul (Herman şi Shatzow, 1987). Apoi vin pacientele care sunt capabile să recupereze, total sau parţial, anumite amintiri

vizuale ale abuzului. Dar nu trebuie să se presupună că o astfel de recuperare în sine reînvie simţul deteriorat al realităţii care a dominat anii copilăriei pacientei. Chiar şi în acest caz, este un fapt aproape universal în terapia cu supravieţuitoare ale abuzului sexual acela că, de multe ori de-a lungul drumului, pacientele se vor întreba cu privire la veridicitatea afirmaţiilor lor, la realitatea amintirilor lor. De multe ori auzim: „Probabil că inventez chestii“. Sau: „Asta ar putea fi doar o fantasmă, cum am putea să ştim dacă spun adevărul?” Desigur, astfel de îndoieli sunt mai mari în cazul pacientelor care nu ajung niciodată la amintirile concrete, dar acestea există şi

continuă să existe pentru toţi aceia care suferă de tulburări disociative.

Aici este esenţial să ne reamintim că abuzul sexual asupra copilului nu este doar o intruziune în corp, ci şi o transgresare a minţii, în care abuzatorul modelează şi defineşte experienţa copilului. Prin intermediul identificărilor proiective din partea unui părinte ale cărui funcţii de delimitare sunt grav deteriorate, copilul ajunge să cunoască prematur toate formele de experienţă despre care nu simte că-i aparţin. Deşi este utilă, nu recuperarea în sine a amintirilor este esenţială pentru repararea unei astfel de funcţionări a Eului, ci interpretarea şi negocierea, clipă de clipă, a unei realităţi iluzorii, împărtăşite de pacientă şi terapeut, care în cele din urmă oferă o a doua şansă pentru obţinerea unor astfel de succese în dezvoltare.

În acest caz ne putem îndrepta către un model de psihanaliză care preţuieşte importanţa în dezvoltare a atingerii unui nivel de intersubiectivitate (Benjamin, 1988, 1990) şi a încorporării nevoii unei astfel de realizări în centrul cadrului terapeutic. Pacienta va avea un punct de vedere; va ajunge să-şi „cunoască" propria experienţă a întâlnirii analitice şi participării analistei la această întâlnire. Va avea perspectiva ei asupra stării experienţei subiective a analistei în cadrul interacţiunii lor. Analista, la rândul ei, va avea, într-o măsură mai mică sau mai mare, o perspectivă diferită asupra interacţiunii în sine, precum şi asupra pacientei ca obiect şi subiect. Dată fiind natura experienţelor pacientei, aceasta fie nu va avea încredere în propriile ei percepţii, fie se va agăţa de ele cu o ferocitate care trădează experienţele repetitive de invazie psihică. Analista poate merge greşit în direcţia unei prea mari încrederi în punctul ei propriu de vedere.

Într-un model relaţional, aceasta va fi piatra de temelie pentru genul de

negociere care stă la baza acţiunii terapeutice a psihanalizei (Mitchell, 1991). Uneori, analistul şi pacienta vor avea percepţii similare asupra unui eveniment. Acest lucru va încuraja, desigur, încrederea pacientei în propriile ei percepţii. Alteori, percepţiile pacientei se vor opune cu tărie celor ale analistului, provocând poate chiar o schimbare în propriul lui punct de vedere. Iar alteori pacienta va ajunge să-şi schimbe ea perspectiva şi va învăţa, astfel, că poate ceda un punct fără să se piardă psihic în experienţa celuilalt. Pe măsură ce pacienta şi terapeutul lucrează împreună la interpretarea lumii iluzorii pe care au cocreat-o, se declanşează un soi de proces de limpezire în care experienţele fiecărei minţi se întâlnesc, se unesc şi capătă, în cele din urmă, o integritate clar diferenţiată. Din acest proces se poate spera la apariţia restaurării parţiale a graniţelor care au fost atât de slăbite de abuzul traumatic timpuriu şi de barajul constant de identificări proiective care inundă sentimentul de integritate fizică şi psihică al acestor paciente.

Conceptele de abstinență și neutralitate

Ni se pare semnificativ să reamintim că primele formulări ale lui Freud cu privire la procesul şi tehnica psihanalitică se bazau în mare măsură pe terapia lui cu un grup de paciente despre care el credea că fuseseră victime ale abuzului sexual prepuberal. Deşi nu mai considerăm că un astfel de abuz stă la baza tuturor psihonevrozelor, foarte mulţi dintre noi revin la ideea că primele paciente isterice ale lui Freud erau victime ale abuzului sexual. De fapt, Freud ne spune (1896) că, în

multe dintre aceste cazuri, el şi pacienta au putut obţine confirmarea externă a acestor supoziţii.

În terapia actuală a supravieţuitoarelor adulte ale abuzului sexual, cititorul trebuie să ţină cont de faptul că multe dintre ipotezele fundamentale de la temelia teoriei şi tehnicii psihanalitice au fost derivate exact pe acest fundal unic. De exemplu, importanţa absolută a neutralităţii şi abstinenţei neclintite din partea analistului au fost exprimate pe fundalul unor intense puneri în scenă în transfer şi contratransfer, precum extraordinarele declaraţii de dragoste în transfer. Freud nu putea să uite că răspunsul contratransferenţial al lui Breuer la declaraţia de dragoste transferenţială a Annei O. (inclusiv

ceea ce părea a fi o sarcină isterică) a fost să fugă din țară pentru o a doua lună de miere cu soția sa. La întoarcerea sa, Breuer nu avea să revină la interesul lui de pionierat în psihanaliză. Dacă presupunem că Freud și Breuer s-au confruntat cu neîncetate puneri și repuneri în scenă intense în transfer și contratransfer de felul celor pe care le-am descris în Capitolul 9, fuga lui Breuer și reacția irefutabilă a lui Freud apar într-o perspectivă oarecum nouă. La urma urmelor, exact în „Remarci despre iubirea de transfer“ a formulat Freud (1915) pentru prima dată „regula abstinenței”. Din aceeași lucrare vine și sprijinul contextual pentru ideea că Freud nu scria despre simple experiențe de tandrețe, fantasmă romantică și dor pe care acum le recunoaștem ca fiind ceva obișnuit în atât de multe analize. Noi credem că el descria într-adevăr genul de reacții erotizate care repun în scenă în transfer și contratransfer tipurile de transgresări violente ale granițelor, comune supraviețuitoarelor adulte ale abuzului sexual (Blum, 1973;

Davies și Frawley, 1992; Levine, 1990). Freud (1915/2010) afirmă:

„Fără îndoială că rezistența și-a adus o mare contribuție la apariția tumultuoasei cereri amoroase. Am observat deja de mult semnele unui transfer tandru la pacientă și am pus desigur obedienţa ei, acordul ei cu explicațiile analizei, extraordinara sa înțelegere și înalta inteligență pe care le dovedea în aceasta pe seama unei astfel de atitudini față de medic. Acum toate acestea par să fi fost măturate de vânt, bolnava a devenit total lipsită de înțelegere, pare să intre în starea de îndrăgostire" (pp. 170–171).

În legătură cu această descriere își pronunță Freud pentru prima oară faimoasa interdicție. El spune:

„Am lăsat să se ghicească deja că tehnica analitică îi comandă medicului să îi refuze pacientei cu trebuințe amoroase satisfacția pe care o cere de la el. Cura trebuie realizată în abstinență; prin aceasta eu nu înțeleg doar lipsa relațiilor trupești, dar nici privarea de tot ceea ce pacientul poate dori, deoarece acest lucru nu ar fi suportat, poate, de niciun pacient. Voi stabili postulatul de bază de a lăsa să subziste la bolnav trebuința și dorul, în calitate de forțe care împing către muncă și schimbare și de a ne feri să le alinăm cu surogate" (p. 173).

Deși mai târziu (1919) Freud și-a lărgit perspectiva asupra abstinenței,

considerând-o un fundal necesar pe care trebuie conduse toate analizele, mulți

psihanaliști contemporani mențin o definiție a privării analitice care ar părea mai largă și mai cuprinzătoare decât ar fi intenționat-o Freud vreodată. Greenson (1967), de exemplu, avertizează că gratificarea excesivă a pacientului de către analist poate provoca impasul în transfer și contratransfer, cu pacientul într-un rol pasiv, supus, și analistul în rolul unui salvator total. Levine (1990), scriind exact despre terapia supraviețuitoarelor adulte, avertizează cititorul că pericolele suprastimulării pacientei prin gratificarea anumitor aspecte ale transferului le depășesc cu mult pe cele ale rănirii narcisice a pacientei prin interpretarea dorințelor ei față de analist. Levine afirmă că, deși a porni de la ceea ce el numește „poziția necesară de abstinență, neutralitate și investigație analitică“ îi poate genera pacientei sentimente de rănire narcisică intensă, eșecul de a menține o astfel de poziție „poate stimula temerile analizandei de coruperea sau seductibilitatea analistului” (p. 200).

Mergând dinspre poziția clasică spre una mai relațională, reducem necesitatea implicită de frustrare și abstinență (așa cum era definită inițial), pe măsură ce ne lărgim încrederea singulară în importanța interpretării dorințelor pulsionale ca modus operandi al tuturor schimbărilor terapeutice. Cunoștințelor noastre despre acțiunea terapeutică a psihanalizei sau a psihoterapiei de orientare psihanalitică le adăugăm accentul pe importanța exact a „pericolelor" pe care suntem avertizați să le evităm. Presupunem că repunerile în scenă vor apărea în cursul procesului de transfer–contratransfer și, în loc să încercăm să purificăm spațiul analitic pentru a evita astfel de experiențe, noi așteptăm de fapt cu răbdare apariția lor. Acceptăm că

la un moment dat pacienta și terapeutul vor ajunge într-un impas, cu pacienta într-un rol pasiv supus și analistul în rolul de părinte salvator mărinimos, așa cum afirmă Greenson. Contrar poziției asumate de Levine, noi sperăm de fapt că, în terapia pe care o întreprindem noi cu supraviețuitoarelor adulte, anumite interacțiuni pacientă–terapeut vor stimula temeri legate de coruptibilitatea și seductibilitatea analistului. Pentru că ce altceva ar fi mai important de analizat în terapia cu o supraviețuitoare adultă a abuzului sexual?

Este extrem de important ca apariţia unor astfel de paradigme atât de necesare de transfer–contratransfer să nu fie privită ca datorându-se „erorii analistului", ci ca reper al faptului că procesul terapeutic se desfăşoară într-un fel care va permite înţelegerea şi reintegrarea unor astfel de matrice relaţional — obiectele cu persoanele importante. Pentru noi, noţiunea de neutralitate terapeutică rezidă în menţinerea contratransferenţială a capacităţii de a elibera diada pacientă–terapeut, prin interpretare şi negociere, din poziţia de impas şi blocaj şi, prin aceasta, de a face posibilă o interacţiune complet diferită, deşi la fel de problematică. Noţiunea de abstinenţă se bazează, credem noi, pe capacitatea terapeutului de a proteja trăsătura iluzorie a spaţiului tranziţional în care se manifestă transferul şi contratransferul, de a se feri de împotmolirea în confirmări concrete, comportamentale ale experienţei de transfer a pacientei, repuse în scenă inconştient în afara domeniului interpretării şi negocierii terapeutice. O astfel de actualizare a ceea ce ar trebui să rămână simbolic în terapie ar putea genera o prăbuşire periculoasă a arenei tranziţionale şi împiedică progresul terapeutic ulterior.

Dacă batem la porţile iluziei, invocând participarea *personei*-copil din interiorul adultului, ne aruncăm cu capul înainte în aceste şarade psihanalitice contemporane. Majoritatea clinicienilor contemporani vor fi de acord că ideea de a întreprinde o analiză fără gratificarea multora dintre nevoile exprimate şi neexprimate ale pacientului este imposibilă, dacă nu absurdă. Exact natura terapiei, faptul că pacientul beneficiază de atenţia totală, empatică a analistului, face de neconceput o astfel de conceptualizare. Pe măsură ce ne croim drum, la propriu, prin caleidoscopul ameţitor de repuneri în scenă furioase, amare, revendicative, pustii şi sufocante din transfer şi contratransfer — repuneri în scenă ce se schimbă rapid şi neaşteptat prin alternarea mecanismelor proiective–introiective — realizăm că s-ar fi cuvenit ca noi, în rolul nostru de clinicieni, să fi reflectat din timp asupra poziţiei noastre în unele din aceste chestiuni. Printre acestea se află întrebarea dacă să gratificăm sau nu ceea ce percepem drept nevoi timpurii de dezvoltare frustrate, precum şi locul şi gradul participării analistului în procesul terapiei — impunerea percepţiei analistului atunci când diferă de cea a pacientului, dezvăluiri contratransferenţiale explicite ş.a.m.d. Considerăm că „febra momentului" nu este propice reflecţiei introspective liniştite.

Considerând acceptabile anumite forme de gratificare, terapeuţii se trezesc

bâjbâind după oarece linii directoare, o oarecare restabilire a graniţelor potrivite în care să realizeze terapia. Într-o încercare de a răspunde unei astfel de nevoi, s-a scris mult despre momentele în care terapeutul să răspundă şi momentele în care să se abţină de la aceasta. Mare parte din această dezbatere s-a centrat în jurul

încercării de a distinge între ceea ce a fost denumit „dorinţe libidinale“ şi „nevoi de dezvoltare”. În primul caz, bunul-simţ ne-ar cere să frustrăm, în cel de-al doilea să gratificăm. De dragul conciziei şi deoarece chestiunea a fost atât de bine exprimată în altă parte (Ghent, 1992; Mitchell, 1991; Shabad, 1993), vom evita distincţia dintre nevoi, dorinţe şi pulsiuni, exprimându-ne doar convingerea că niciun pacient nu va stârni vreodată dorinţa terapeutului de a îngriji şi repara aşa cum o va face adultul care a suferit abuzuri grave în copilărie. Ce ar trebui să facem, dată fiind o astfel de presiune contratransferenţială endemică şi o astfel de confuzie în literatura psihanalitică?

Doliu şi gratificare

Cum stabilim o direcţie între aderarea rigidă la o caricatură demodată de terapie şi genul de punere în act contratransferenţială care poate conduce la suprastimulare intensă în transfer, incluzând toate formele de repuneri în scenă, mai degrabă concrete decât simbolice (inclusiv revictimizarea sexuală a pacientei de către terapeut, mai întâlnită la supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual decât la orice alt tip de pacienţi [Kluft, 1990b]). Putem încerca să răspundem privind la ambele laturi ale problemei, să ne întrebăm, adică, de ce trebuie să evităm atât subgratificarea, cât şi supragratificarea.

Cu siguranţă, terapia cu supravieţuitoarele adulte necesită anumite gratificări în transfer. Experienţele de îngrijire, susţinere, conţinere şi protecţie sunt intrinseci în lucrul atât cu *persona*-copil, cât şi cu *persona* adultă. Analiza pur şi simplu nu va

putea demara fără disponibilitatea emoţională din partea analistului. Astfel de experienţe nu doar creează potenţialul pentru apariţia materialului traumatic în analiză, dar îndeplinesc şi o altă funcţie esenţială. Astfel de experienţe de gratificare în transfer trezesc în paciente, în mod fundamental, dorinţe îndelung negate. Toţi cei care lucrează cu adulţi care au fost abuzaţi traumatic

în copilărie știu că suprastimularea excesivă în contextul unui parentaj de altfel neglijent i-a făcut, ca adulți, practic lipsiți de experiențe de foame sau dorință de orice fel. Salvarea lor s-a realizat cu costul celor mai stringente apărări contradependente și, precum pacientele anorexice, nu mai simt foamea. Orice abordare care se agață de noțiuni de abstinență și nongratificare totală servește pur și simplu la intensificarea unor astfel de apărări, precum și a rușinei și umilinței care însoțesc orice sentiment de nevoie în relația terapeutică.

De cealaltă parte a acestei tensiuni dialectice se află analistul care crede că poate compensa tot ceea ce a suferit pacienta, că, odată cu apariția *personei*-copil, el poate reface, reparenta, poate, în esență, salva o copilărie pierdută definitiv. Credem că acest lucru este imposibil. În Capitolul 9 am arătat foarte detaliat cum o astfel de încercare — o identificare cu salvatorul internalizat al pacientei — duce la apariția introiectului sadic în întruchipările sale cele mai distrugătoare pentru terapie. În sfârșit, persistența unei astfel de încercări de salvare interferează cu procesul de doliu și cu renunțarea pacientei la fantasmele copilăriei care se învârt în jurul unei copilării compensatorii de indulgență parentală completă și totală. Când unei astfel de fantasme îi este permis să rămână neanalizată în formă disociată,

aceasta se impune în toate celelalte relații gratificante din viața pacientei și, în cele din urmă, le face dezamăgitoare și pustii. Pentru o vreme, analistul rămâne cel mai important, dar în final și el va fi distrus și dus la neajutorare și incompetență de către abuzatorul din pacientă.

În final, deși cu toții năzuim să ținem cont de deficitele de dezvoltare ale pacientelor noastre în procesul dificil de negociere a unor astfel de decizii terapeutice, credem că prea adesea se ignoră faptul că propriile stări de nevoie ale terapeutului au avut un impact considerabil asupra deciziei de a gratifica sau nu nevoile pacientei. Mult prea des ne formulăm deciziile de a nu gratifica o anume cerere în funcție de felul cum înțelegem nevoile și dorințele pacientei, nu în funcție de cum astfel de puneri în scenă ar atenta la propriile noastre nevoi și dorințe. Astfel de formulări sunt extrem de derutante pentru pacientele ale căror percepții interne ale sinelui și realității au fost atât de lovite de ciclurile repetitive proiective-introiective. Li s-a spus ce vor, ce nu vor, ce simt și ce nu simt. Li s-a spus că abuzul sexual pe care îl

detestă este ceea ce vor de fapt și, în final, ajung să urască orice ajung să își dorească cu adevărat. Adeseori a existat doar o corespondență minimă între etichetele puse experienței interne a pacientei și definiția dată de pacientă realităților interne. Terapeutul care menține o abordare care se concentrează exclusiv pe interpretarea nevoilor și dorințelor pacientei, fără a-și include propriile sale dorințe ca parte a procesului final de luare a deciziei, pur și simplu repetă trauma de a presupune că știe ceea ce are nevoie și dorește pacienta.

În cazul discutat în acest capitol, pacienta, la un moment mult mai târziu în

terapie, a decis că trebuie să primească cel puțin o lună de terapie gratuit. A argumentat convingător și pătimaș că niciodată nu ar putea fi sigură că terapeutei chiar îi păsa de ea dacă nu accepta un astfel de angajament. Terapeuta a încercat să interpreteze cererea din toate perspectivele posibile: dorința pacientei de a fi deosebită față de toți ceilalți pacienți; identificarea pacientei cu abuzatorul ei; dorința de a o atrage pe terapeută într-un soi de activitate ilicită; lăcomie, invidie ș.a.m.d., toate și-au făcut loc în discursul terapeutic despre această chestiune. Cu toate acestea, cererea pacientei a continuat, neabătută, într-un mod perceput de analistă ca necontenit și agresiv. Din disperare și furie, într-o bună zi s-a răstit: „Uite ce e, bine, nu vreau; nu-mi permit, nu vreau și nu mai discutăm despre asta!“ Terapeuta a simțit că și-a ieșit complet din fire. Cu toate acestea, pacienta s-a liniștit pentru prima oară cu privire la această chestiune. N-a spus decât atât: „Aha, cred că e clar... De ce n-ai spus așa de la început... Dacă nu poți, nu poți”. N-a mai discutat niciodată despre asta, decât dacă terapeuta a deschis subiectul, și atunci întotdeauna răspundea sec: „E subiect închis, așa ai zis".

Câțiva ani mai târziu pacienta a fost capabilă să discute despre această întâmplare cu oarecare imparțialitate și un insight deosebit:

PACIENTA: Tot îmi spuneai ce am nevoie... ce voiam. Nu mai făcuseși asta niciodată. Simțeam că mă înnebunești. Cred că te simțeai vinovată să refuzi, iar eu eram foarte revendicativă... așa că mă gândesc că ai pus totul în seama mea. Nu pot să-ți spun cum m-am simțit... era ca și cum încercai să

intri în mine... ca tata... m-am simțit paralizată și trădată. Când în sfârșit te-ai înfuriat și ai zis clar că nu vrei, m-am supărat foarte tare. Dar a fost OK...

eram ca oricare doi oameni care se ceartă. Știam ce vrei și atunci puteam să spun și eu clar ce voiam. (...) Furioasă pe tine, nu pe mine. [*Râde.*] A trebuit să trag mult de tine... dar până la urmă ai făcut ce voiam.

Dinamica oedipiană și abuzul sexual

O ultimă problemă ce trebuie reconsiderată în terapia pacienților care au fost abuzați sexual în copilărie este distincția mai subtilă dintre rezolvările mai normale sau mai patologice ale dinamicii oedipiene tradiționale. Astfel de distincții devin esențiale în succesul perlaborării acestor chestiuni de dezvoltare cu supraviețuitoarele adulte. Conform teoriei, în forma sa cea mai simplă și mai schematică, complexul oedipian pozitiv implică dorința erotică și sexuală a copilului pentru părintele de sex opus și spaima inhibitivă de competiția și răzbunarea părintelui de același sex. Frica de această competiție și de represalii este ceea ce conduce în final la rezolvarea acestor dorințe erotice și îl împinge pe copil în perioada de latență, acolo unde astfel de frământări sunt alinate și, cel puțin temporar, ținute sub control de interdicțiile severe ale Supraeului.

Să ne oprim aici și să reflectăm o clipă la experiențele oedipiene ale copilului și părinților dintr-o familie mai mult sau mai puțin obișnuită. Nimic nu este mai sigur în viață decât plăcerea relativ nenevrotică pe care părinții o simt ca răspuns la primele manifestări tandre din călătoria sexuală a copilului lor. Când o astfel de

ideație romantică este îndreptată către părintele de sex opus, succesul este aproape sigur. Fetița se simte cea mai încântătoare dintre seducătoare; părintele, s-ar părea, este deosebit de emoționat de încercările ei extrem de naive și de deschise de a seduce și ademeni. În această cea mai bună dintre lumile posibile, fiecare a găsit în celălalt iubitul perfect, pătimaș, tandru, năuc și fără rival. Astfel de idile există doar în fantasmă și numai în fantasmă le este permis să înflorească neatinse.

Pericolul pentru o astfel de perfecțiune iluzorie în situația oedipiană pozitivă poate veni din două direcții: intervenția geloasă a părintelui de același sex, a cărui insecuritate sexuală favorizează percepția copilului ca pe un competitor puternic pentru atenția partenerului, sau incapacitatea, sau teama de

incapacitate a părintelui de acelaşi sex de a menţine această idilă în graniţele sigure ale fantasmei psihice. Amândouă aceste pericole se concretizează în cazul abuzului sexual concret. Într-o situaţie în care copilul simte sau percepe inconştient gelozia părintelui de acelaşi sex sau disconfortul celui de sex opus cu privire la dorinţele sale sexuale, astfel de percepţii ale sinelui său sexual se vor încărca de anxietate şi de ambivalenţă şi vor ajunge să fie asociate cu experienţe legate de obiect, de furie şi dezaprobare. Orice viitoare astfel de experienţă de excitare sexuală va reînsufleţi aceste paradigme relaţionale în jurul cărora s-au organizat experienţele sexuale timpurii. În cazurile în care există o concretizare a dinamicii oedipiene în contactul sexual real sau suprastimularea copleşitoare a copilului, este posibil să se petreacă o forcludere totală a unor astfel de potenţialităţi afectuoase şi romantice. Experienţele oedipiene erotice mai tandre ajung să fie înlocuite de o identificare cu părintele violator

şi este sigur că năzuinţele sexuale ale pacientei vor fi exprimate similar (atunci când li se permite să fie exprimate) în moduri violente şi revendicativ intruzive.

Acesta este punctul în care punem sub semnul întrebării convingerea lui Freud (1924) în „disoluţia“ complexului oedipian şi aducem o oarecare obiecţie ideii că interdicţia Supraeului şi teama de castrare sau de pierderea iubirii este ceea ce generează în primul rând distrugerea complexului. Deşi aceasta ar putea explica desigur soarta evenimentelor în familii în care intervenţiile geloase şi depăşirea graniţelor au reprezentat piatra de temelie a situaţiei oedipiene, este improbabil ca acesta să reprezinte cursul firesc al evenimentelor în familiile în care sexualitatea în evoluţie a copilului mic a fost întâmpinată cu bunăvoinţă şi bucurie. Unii ar putea prefera conceptul lui Loewald (1980) de „declin” al complexului, şi anume intrarea şi ieşirea dintr-o poziţie centrală la momente diferite din viaţa individului. Cu toate acestea, există posibilitatea ca experienţele oedipiene fundamentale să nu se supună deloc „rezolvării". Când teoria pulsiunilor trece în plan secundar — şi nevoia renunţării la ataşamentele libidinale infantile este adusă în discuţie —, suntem liberi să credem că Oedip nu este distrus, că reziduurile anilor oedipieni plini de erotism au trecut într-un plan superior, că formează solul bogat şi fertil în care poate înflori iubirea matură. Deşi Supraeul poate deveni moştenitorul unui complex Oedip marcat de gelozie, vinovăţie, impulsivitate

şi transgresare a graniţelor, o experienţă şi un rezultat mai favorabile conduc de la idila oedipiană timpurie la dezvoltarea capacităţii Eului pentru iubirea matură pătimaşă şi cu încărcătură erotică, bazată pe identificări sănătoase cu doi părinţi împăcaţi cu propria lor

sexualitate (vezi Searles [1959b] pentru un punct de vedere asemănător). Ar putea fi teoriile lui Freud supuse şi aici coloraturii specifice date de terapiile lui timpurii cu supravieţuitoare adulte? Experienţa clinică demonstrează recurenţa, cu o tenacitate încăpăţânată, a pasiunilor, idealizărilor şi idilelor cu nuanţe oedipiene. Într-adevăr, începuturile timpurii intens erotice şi pătimaşe ale majorităţii relaţiilor de iubire poartă multe dintre însemnele situaţiilor oedipiene unice fiecărui individ. Asemenea experienţe nu sunt excluse de analizele reuşite; din contră, un astfel de travaliu analitic potenţează adeseori posibilităţile unei asemenea iubiri.

Felul în care înţelegem destinul optim al dinamicii oedipiene influenţează cu putere conţinutul şi momentul anumitor interpretări, dat fiind că această dinamică se joacă în relaţia pacient–terapeut. Într-o lucrare anterioară (Davies şi Frawley, 1992a) am afirmat că terapia cu supravieţuitoarele adulte ale abuzului sexual din copilărie îi va obliga pe pacientă şi terapeut deopotrivă să „reflecteze profund şi îndelung, pe parcursul travaliului lor comun, la natura abuzului şi la diferenţele dintre seducţia benignă şi cea malignă“ (p. 30). Arătam aici că „seducţia malignă” este în esenţă o identificare cu părintele abuziv intruziv sau hiperexcitant sau cu părintele gelos, răzbunător, răpuşi în scenă în diada din transfer–contratransfer. Semnele ei sunt atacurile răzbunătoare, vindicativ erotizate, cereri neîncetate de gratificare concretă şi o reacţie contratransferenţială ce denotă nevoia de a fi mereu în gardă cu privire la transgresarea invazivă a graniţelor terapeutice.

Terapeutul trebuie să interpreteze activ apariţia unui astfel de introiect sadic — părintele abuziv reîncarnat în persona pacientei stăruitoare, seducătoare, extrem

de erotizate, cerând fără încetare orice formă de gratificare inadecvată din partea terapeutului. În acest caz, reacţia contratransferenţială trezită în modul cel mai natural şi mai intens va influenţa şi va activa o poziţie terapeutică menită să protejeze graniţele terapeutice şi acordată prudent la atitudinea de nongratificare a experienţelor de omnipotenţă sadică ale pacientei faţă de

terapeut. Pentru pacientă, nimic nu este mai intens empatic decât identificarea și ajutarea conținerii, prin interpretare, a dezlănțuirilor infantile omnipotente ale agresorului internalizat cu care ea s-a identificat. Acest lucru este cu atât mai adevărat, cu cât, prin intermediul disocierii, o astfel de *persona* își poate îndrepta latura agresivă împotriva pacientei înseși, precum și împotriva terapeutului. Trebuie suspectată o astfel de paradigmă fie atunci când manifestarea unei asemenea poziții în transfer este în mod deschis ofensivă, fie atunci când, așa cum este la fel de probabil în cazul supraviețuitoarelor adulte, nu conteneşte cu încercările de atacare și transgresare erotizată a granițelor. Într-o astfel de punere în scenă în transfer–contratransfer, aderarea în cunoștință de cauză și înțeleaptă la regulile abstinenței și concentrarea pe deblocarea interpretativă a impasului terapeutic vor veni de la sine.

Problema aici este modul în care o astfel de paradigmă poate deveni fixă, așa încât terapeutul să identifice pacienta în întregime cu exigențele introiectului sadic, asumându-și astfel o poziție de retragere sadic răzbunătoare și exagerat de interpretativă față de oricare dintre dorințele exprimate ale pacientei. Acest lucru poate fi dezastruos în astfel de terapii; deși, dată fiind frecvența cu care apare, această paradigmă specifică de transfer–contratransfer este, din păcate, ceva foarte obișnuit.

Una dintre consecințele cele mai simple și cele mai tragice ale abuzului sexual din copilăria timpurie este că fetița învață să pună semnul egal între dorințele ei senzuale și sexuale și realitatea abuzului. Ea crede că, dacă nu și-ar fi permis astfel de gânduri, incestul nu s-ar fi produs. Un astfel de copil învață să nu se joace cu propriile gânduri (Bollas, 1989), că fantasma și realitatea se apropie periculos de mult pentru a le da frâu liber. În acest context nu există idilă oedipiană; copilul nu este liber să huzurească în dulceața splendidă a îndrăgostirii copilărești. Reciprocitatea seducției benigne specifice iubirii oedipiene nu-și găsește expresia și astfel de interacțiuni sunt veșnic asociate cu penetrarea malignă și supraexcitația, mai degrabă decât cu spiritul ludic, senzualitatea și plăcerea sexuală.

Când astfel de experiențe oedipiene încep să apară în cadrul terapeutic, un asemenea flirt benign trebuie întâmpinat receptiv, cu o dispoziție de inocență și spirit ludic. În acest scenariu analistul trebuie să rezoneze cu plăcerea nevinovată a interacțiunii și să se mute din prim-planul interpretării active de

transfer în fundalul protejării şi conţinerii unui spaţiu tranziţional în care o necesitate de dezvoltare forclusă atât de prematur să poată apărea şi înflori. O astfel de trecere este extrem de dificilă, mai ales pentru terapeutul care se luptă cu cereri exagerat de erotizate în transfer. Acesta se va agăţa de un mod interpretativ menit să înlocuiască *insight*-ul faţă de cererile imposibil de gratificat şi, în final, autodistructive ale pacientei şi poate rata complet trecerea esenţială de la cererile intruzive la unele ludice, adică de la modul real de interacţiune la cel iluzoriu. Terapeutul care lucrează cu o supraviețuitoare adultă a abuzului sexual din copilărie trebuie să fie, prin urmare, cu

ochii în patru la apariţia unor astfel de schimbări în transfer. Când seducţia intruzivă este întâmpinată cu interpretarea activă şi precisă a identificării pacientei cu agresorul ei, rezultatul va fi o experienţă amplificată de siguranţă şi conţinere în cadrul relaţiei terapeutice. Pe de altă parte, interpretarea activă a unei propuneri benigne de cochetărie faţă de terapeut o va umili cu siguranţă pe pacientă şi va împiedica, dacă nu va forclude din nou, dezvoltarea unei iubiri oedipiene sănătoase şi deschise.

Deşi suntem pe deplin conştiente că este posibil ca fie şi o interacţiune de flirt benign între pacientă şi terapeut să crească anxietatea pacientei, precum şi perceperea terapeutului ca periculos şi seducător, credem, aşa cum am afirmat şi mai devreme, că o astfel de distorsiune este inevitabilă. În absenţa oricăror gratificări inadecvate care ar confirma o astfel de percepţie, această distorsiune transferenţială poate fi clarificată prin interpretarea precisă a temerilor pacientei. Cu toate acestea, rana narcisică secundară unei interpretări prea active a încercărilor oedipiene neîndemânatice ale pacientei va reînvia visceral trăiri de umilinţă şi de ruşine asupra cărora cuvintele par să nu aibă nicio putere de alinare. Capacitatea de a face distincţie între momentele de flirt jucăuş şi cele de seducţie periculos de intruzivă reprezintă o parte importantă a muncii analitice şi nicăieri nu poate fi realizată mai eficient decât în experienţa din transfer–contratransfer.

Odată subliniată importanţa dezvoltării capacităţii de a distinge şi negocia între manifestările benigne şi maligne ale comportamentului seductiv, terapeuţii ar trebui să recunoască dificultatea de a trece de la o poziţie contratransferenţială

păzită cu străşnicie împotriva atacului şi penetrării la una receptivă la flirtul timid şi neîndemânatic al unui început de idilă oedipiană. Frecvent, în contratransfer putem să identificăm cel mai bine aceste schimbări adesea subtile. Remarcăm o trecere de la cererea de gratificări concrete, care permite terapeutului o libertate ludică mai mare pe tărâmul interacţiunilor simbolice. În acest loc simbolic şi extrem de iluzoriu se poate exprima, în sfârşit, adevărata poveste oedipiană.

În cazul investigat în acest capitol, abia după ce pacienta şi terapeuta au explorat complet semnificaţia disputelor lor pe tema onorariului şi a cererii pacientei de a primi o lună de terapie gratuit, un tip diferit de dorinţă de gratificare şi-a putut face apariţia în cadrul terapeutic. Aşa cum am discutat deja, acest proces de perlaborare a implicat nu numai semnificaţia cererilor, aşa cum a fost percepută de pacientă, ci şi percepţia terapeutului faţă de aceste cereri, în contratransfer. Pe măsură ce pacienta s-a convins de capacitatea terapeutei de a-şi stăpâni şi monitoriza propriile experienţe fără să apeleze la folosirea inconştientă a apărărilor proiective şi fără să se bazeze, răzbunător, pe o poziţie exagerat de interpretativă, ea a devenit mai capabilă să caute dorinţele mai profunde şi mai greu de verbalizat de dincolo de cererile ei agresive. O fascinaţie plină de romantism faţă de nuanţele vieţii terapeutei şi dorinţele de a fi specială, de a fi iubită, de a fi apreciată mai presus de ceilalţi, toate au început să apară mai mult decât oricând până atunci. Pacienta a fost capabilă să tolereze experienţe din ce în ce mai intense de vulnerabilitate în această arenă interpersonală, deoarece a devenit din ce în ce mai puţin circumspectă faţă de ceea ce se temea că ar fi o penetrare agresivă prin

interpretare. Astfel de interpretări au fost percepute de această pacientă ca repuneri în scenă ale atacurilor agresive ale mamei ei; în realitate erau proiecţii ale propriilor ei identificări inacceptabile.

Pe măsură ce astfel de experienţe de intimitate reală cresc în relaţia terapeutică, momentele de adevărată reciprocitate şi plăcere împărtăşită pot fi exprimate în ciuda vulnerabilităţii care le însoţeşte, atât a pacientei, cât şi a terapeutului. Pacienta este din nou — sau poate pentru prima oară — capabilă să dorească, să fantasmeze şi să viseze în siguranţă şi, în cele din urmă, devine capabilă să aducă astfel de aspecte ale experienţei de sine într-o arenă

interpersonală în care sunt cel mai riscante. În sfârşit, sperăm că pacienta va cere lucruri pe care terapeutul le poate da, ca indicaţie că pacienta se apropie din nou de dorinţele ei cu o oarecare încredere că gratificarea este posibilă. Din nou, nu ne facem iluzii de compensare a pacientei pentru trădarea parentală din copilărie sau de reconstruire a unei copilării care a fost plină de trădare şi groază de coşmar. Acesta ar fi o dovadă de cea mai profundă grandiozitate terapeutică. Mai degrabă privim desfăşurarea simultană a sentimentelor de plăcere şi iubire reciprocă în pacientă şi terapeut, ca indicatori ai reconfigurării reuşite a matricelor relaţionale care reprezintă consecinţele patologice defensive ale abuzului traumatic din copilăria timpurie. În opoziţie totală cu repunerile în scenă oribile apărute ca un laitmotiv de-a lungul eforturilor din transfer–contratransfer, găsim aici o relaţie cu obiectul extrem de intensă în care iubirea, dorinţa, fantasma şi seducţia benignă pot fi savurate în siguranţă.

În încheiere, să ne întoarcem de unde am început, la femeia care a trebuit să-şi înghită cuvintele, la pacienta care nu putea să plângă. Poate că punctul nostru de vedere este cel mai bine exprimat de ceea ce credem că a reprezentat o interacţiune terapeutică esenţială. La un moment dat în terapie, când pacienta devenise foarte conştientă de disponibilitatea şi grija terapeutei, a avut loc următorul dialog:

PACIENTA: Am sentimentul că ai reuşit să mă atingi. Nu ştiu cum. Atingerea a fost întotdeauna ceva atât de dureros... Nu-mi dădeam voie s-o mai simt. Eram imună la atingere. [Aproape în lacrimi, dar fără să plângă.] Dar tu m-ai atins şi nu doare şi nu mă simt nebună şi înnebunitor de hiperexcitată. Doar atinsă... doar atinsă. [Pacienta începe să plângă pentru prima oară.]

TERAPEUTA: Ştii că şi tu m-ai atins pe mine, nu-i aşa?

PACIENTA: Nu! [Privind speriată] Cum? Cum te-am atins?

TERAPEUTA: Lucrăm împreună de multă vreme şi ştim amândouă că sunt lucruri care nu pot fi cuprinse în cuvinte. Trebuie să mă crezi că aşa este. Cred că încă te sperie un pic. Pari un pic speriată... dar atingerea nu e neapărat ceva rău. Nici pe mine nu mă doare atingerea ta.

Aici pacienta a început să suspine pentru prima dată în anii ei lungi de terapie. Pe parcursul retrăirii anilor de abuz cronic și sadic, ea păstrase un autocontrol solid și, în cele din urmă, extenuant. Când pacienta suspina, terapeuta și-a dat seama că și ea respira mai adânc și mai relaxat decât o făcuse vreodată în cursul acestei terapii. Simțea în propriul corp o descărcare rezonantă de tensiune și

control ce devenea palpabilă doar prin absență. Terapeuta era conștientă că în lacrimile pacientei, șiroind libere, și în rezonanța pe care o simțea într-o asemenea experiență de eliberare, simțea viață și speranță. Pentru prima dată cu această pacientă, a putut privi dincolo de anii de brutalitate înăbușitoare și de irevocabilitatea trădării parentale către un viitor plin de posibilități de viață.

Bibliografie

Abend, S.M. (1986). Sibling loss. În A. Rothstein (Ed.), *The reconstruction of trauma* (pp. 95–104.) Madison, CT: International Universities Press.

Adams, P.R. şi Adams, G.R. (1984). Mt. Saint Helens ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *American Psychologist, 39,* 252–260.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, DC: author.

Amir, S., Brown, Z.W. şi Amit, Z. (1980). The role of endorphins in stress: Evidence and speculations. *Neurosciences and Biobehavioral Review, 4,* 77–86.

Armstrong, L. (1978). *Kiss daddy goodnight.* New York: Pocket Books.

Aron, L. (1991). The patient's experience of the analyst's subjectivity. *Psychoanalytic Dialogues, 1,* 29–51.

Bagley, C. şi Ramsay, R. (1986). Sexual abuse in childhood: Psychosocial outcomes and implications for social work practice. În *Social work practice in sexual problems.* Binghamton, NY: Haworth Press, 33–47.

Balint, M. (1979/2014). *Defectul fundamental.* Editura Trei.

Barocas, H. A. (1975). Children of purgatory: reflection on the concentration camp survival syndrome. *International Journal of Social Psychiatry, 21,* 87–92.

Baum, A., Gatchel, R.J. şi Schaeffer, N.A. (1983). Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 565–572.

Benjamin, J. (1988). *The bonds of love: Psychoanalysis, feminism, and the problem of domination.* New York: Pantheon.

Benjamin, J. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic Psychology, 7* (Suppl.), 33–46.

Bergman, M.S. şi Jucovy, M.C. (coord.). (1982). *Generation of the holocaust.* New York: Basic Books.

Bernstein, A.E. (1990). The impact of incest trauma on ego development. În H.B. Levine (coord.), *Adult analysis and childhood sexual abuse* (pp. 65–92). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Bion, W. (1962). Learning from experience. In *Seven servants* (pp. 1–111). New York: Aronson.

Blum, H. (1973). Erotized transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 21,* 61–76.

Bollas, C. (1987). *The Shadow of the object.* Londra: Free Association Press.

Bollas, C. (1989). *Forces of destiny: Psychoanalysis and human idiom.* Londra: Free Association Press.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. 1: Attachment.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation.* New York: Basic Books.

Braun, B.G. (coord.). (1986). *Treatment of multiple personality disorder.* Washington DC: American Psychiatric Press.

Braun, B.G. şi Sachs, R.G. (1985). The development of multiple personality disorder. În R.P. Kluft (coord.), *Childhood antecedents of multiple personality disorder.*

Washington, DC: American Psychiatric Press.

Brenner, C. (1986). Discussion of the various contributions. În A. Rothstein (coord.) *The reconstruction of trauma.* Madison, CT: International Universities Press.

Briere, J. (1988). The long-term clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences, 528,* 327–334.

Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children.* New York: Springer-Verlag.

Briere, J. şi Runtz, M. (1986). Suicidal thoughts and behaviors in former sexual abuse victims. *Canadian Journal of Behavioral Science, 18,* 413–423.

Briere, J. şi Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non-clinical adult sample. *Child Abuse and Neglect, 12,* 51–59.

Briere, J. şi Zaidi, L.Y. (1988, august). *Sexual abuse histories and sequelae in psychiatric emergency room patients*. Lucrare prezentată la Întâlnirea anuală a American Psychological Association, Atlanta, GA.

Bromberg, P. (1991). On knowing one's patient inside out: The aesthetics of unconscious communication. *Psychoanalytic Dialogues.* 1(4): 399–422.

Brunngraber, L.S. (1986). Father-daughter incest: Immediate and long-term effects of sexual abuse. *Advances in Nursing Science, 8,* 15–35.

Burgess, A.W. şi Holmstrom, L.L. (1974a). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry, 131,* 981–985.

Burgess, A.W. şi Holmstrom, L.L. (1974b). *Rape: Victims of crisis.* Bowie, MD: Robert J. Bradly.

Burgess, A.W. şi Holmstrom, L.L. (1978). Recovery from rape and prior life stress. *Research in Nursing and Health, 1,* 165–174.

Burland, J.A. şi Raskin, R. (1990). The psychoanalysis of adults who were sexually abused in childhood: A preliminary report from the discussion group of the American Psychoanalytic Association. În H.B. Levine (coord.), *Adult analysis and childhood sexual abuse* (p. 35–44). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Card, J.J. (1983). *Lives after Vietnam: The personal impact of military*

service. Lexington, MA: Lexington Books.

Cole, C. (1988). Routine comprehensive inquiry for abuse: A justifiable clinical assessment procedure. *Clinical Social Work Journal, 16,*33–42.

Cooper, A.M. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. În A. Rothstein (coord.), *The reconstruction of trauma* (p. 41–58). Madison, CT: International Universities Press.

Courtois, C.A. (1980). Studying and counseling women with past incest experiences. *Victimology, 5,* 322–334.

Courtois, C. (1988). *Healing the incest wound.* New York: Norton.

Davies, J.M. şi Frawley, M.G. (1992a). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues.* 2(1): 5–36.

Davies, J.M. şi Frawley, M.G. (1992b). Reply to Gabbard, Shengold şi Grotstein. *Psychoanalytic Dialogues,* 2(1): 77–96.

Dickes, R. (1965). The defensive functions of an altered state of consciousness.

Journal of the American Psychoanalytic Association, 13, 356–403.

Dowling, S. (1986). Discussion of the various contributions. În A. Rothstein (coord.), *The reconstruction of trauma* (pp. 205–218). Madison, CT: International Universities Press.

Dupont, J. (1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi* (trad. de M.H. Balint şi N.Z. Jackson). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Ehrenberg, D.B. *The intimate edge.* New York: Norton.

Eitinger, L. (1980). The concentration camp syndrome and its late sequelae. În J.E. Dimsdale (coord.), *Survivors, victims, and perpetrators: Essays on the Nazi Holocaust.* New York: Hemisphere.

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society.* New York: Norton.

Fairbairn, W.R.D. (1943). The repression and return of bad objects. În *Psychoanalytic studies of the personality* (pp. 59–81). Londra: Tavistock/Routledge, 1990.

Fairbairn, W.R.D. (1954). Observations on the nature of hysterical states. *British Journal of Medical Psychology, 27,* 105–125.

Fast, I. (1985). *Event theory: A Piaget Freud integration.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fenichel, O. (1945/2013). *Teoria psihanalitică a nevrozei.* Editura Trei.

Ferenczi, S. (1932). Confusion of tongues between adults and the child. *International Journal of Psychoanalysis, 30,* 225.

Ferenczi, S. (1932). *The passions of adults and their influence on the character development and sexual development of children.* Lucrare prezentată la Congresul

internațional de psihanaliză, Wiesbaden.

Figley, C.R. (coord.). (1978). *Stress disorder among Vietnam veterans.* New York: Brunner/Mazel.

Figley, C.R. (coord.). (1986). *Trauma and its wake (Vols. 1 and 2).* New York: Brunner/Mazel.

Fine, C.G. (1990). The cognitive sequelae of incest. În R. Kluft (coord.), *Incest related syndromes of adult psychopathology* (p. 161–182). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Finkelhor, D. (1984). *Childhood sexual abuse.* New York: The Free Press.

Finkelhor, D. și Brown, A. (1985). The traumatic impact of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 55,* 530–541.

Fish-Murray, C.C, Koby, E.V. și van der Kolk, B.A. (1987). Evolving ideas:

The effect of abuse on children's thought. În B.A. van der Kolk (coord.), *Psychological trauma* (p. 89–110). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Fliess, R. (1953). The hypnotic evasion. *Psychoanalytic Quarterly, 22,* 497–511.

Frank, E., Turner, S.M. şi Duffy, B. (1979). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders, 1,* 269–297.

Frawley, M.G. (1988). The sexual lives of adult survivors of father-daughter incest. *Dissertation Abstracts International, 49.* (University Microfilms No 88–06 457)

Freud, A. (1967). Comments on psychic trauma. În *The Writings of Anna Freud* (Vol. V, pp. 221–241). Madison, CT: International Universities Press.

Freud, S. (1896/2010). Despre mecanismul psihic al fenomenelor isterice. Opere

esențiale, vol. 6, Editura Trei.

Freud, S. (1915/2010). Remarci despre iubirea de transfer. Opere esențiale, vol. 11, Editura Trei.

Freud, S. (1919/2010). Căile terapiei psihanalitice. Opere esențiale, vol. 11, Editura Trei.

Freud, S. (1924/2010). Declinul complexului Oedip. Opere esențiale, vol. 5, Editura Trei.

Fromuth, M.E. (1986). The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse and Neglect, 10,* 5–15.

Furst, S. S. (coord.). (1967). *Psychic trauma.* New York: Basic Books.

Furst, S.S. (1986). Psychic trauma and its reconstruction with particular reference to postchildhood trauma. În A. Rothstein (coord.), *The*

reconstruction of trauma (pp. 29–40). Madison, CT: International Universities Press.

Gabbard, G.O. (1992). Commentary on “dissociative processes and transference-countertransference paradigms” by Jody Messier Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues, 2,* 37–47.

Gartner, R. (1993, aprilie). *Considerations in the psychoanalytic treatment of men who were sexually abused as children.* Lucrare prezentată la a 13-a Întâlnire anuală a Departamentului de Psihanaliză al Asociaţiei Americane de Psihologie (39), New York City.

Gay, P. (1988). *Freud.* New York: Doubleday.

Gediman, H. (1991). Seduction trauma: Complemental intrapsychic and interpersonal perspectives on fantasy and reality. *Psychoanalytic Psychology, 8,* 381–102.

Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry, 46,* 312–332.

Ghent, E. (1992). Paradox and process. *Psychoanalytic Dialogues, 2,* 135–160.

Gill, M.M. (1982). *Analysis of Transference, Vol. 1.* Madison, CT: International Universities Press.

Gill, M.M. şi Hoffman, I.Z. (1982). *Analysis of Transference. Vol. 2:* Madison, CT: International Universities Press.

Gold, E. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: An attributional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 471–475.

Graff, H. şi Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry, 124,* 74–80.

Grand, S. (1992). On doubting and knowing in the psychoanalytic treatment of incest survivors. Manuscris nepublicat.

Green, B.L. (1982). Assessing levels of psychological impairment following disaster. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 170,* 544–552.

Green, B.L., Grace, N.C., Titchener J.L. şi Lindy, J.G. (1983). Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 573–580.

Green, B.L., Wilson, J.P. şi Lindy, J.G. (1985). Conceptualizing post-traumatic stress disorder: A psychosocial framework. În C.R. Figley (coord.), *Trauma and its wake,* Vol. 1 (pp. 53–72). New York: Brunner/Mazel.

Greenacre, P. (1949). A contribution to the study of screen memories. În *Trauma, growth and personality* (pp. 188–203). Madison, CT: International Universities Press.

Greenacre, P. (1950). The prepuberty trauma in girls. În *Trauma growth, and personality,* (pp. 204–223.) Madison, CT: International Universities Press.

Greenacre, P. (1967). The influence of infantile trauma in genetic patterns. În S.S. Furst, (coord.), *Psychic trauma* (p. 108–153). Madison, CT: International Universities Press.

Greenberg, J. (1991). Counter-transference and reality. *Psychoanalytic Dialogues, 1,* 52–73.

Greenberg, J. şi Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis.* Madison, CT: International Universities Press.

Grotstein, J.S. (1985). *Splitting and projective identification.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Gunderson, J.G. (1984). *Borderline personality disorganization.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Herman, J.L. (1981). *Father-daughter incest.* Cambridge, MA: Harvard

University Press.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Herman, J.L. şi Shatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of

childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology 4*, 1–14.

Herman, J.L., Perry, C.C şi van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490–495.

Hilgard, E.R. (1977). *Divided Consciousness.* New York: Wiley.

Hoffman, I.Z. (1983), The patient as interpreter of the analyst's experience. *Contemporary Psychoanalysis*, *19*, 389–422.

Hoffman, I.Z. (1991), Discussion: Toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Dialogues*, *1*, 74–105.

Janet, P. (1889). *L'Automatisme psychologique.* Paris: Balliere.

Janet, P. (1894). Histoire d'une idee fixe. *Revue de Philosophie, 37,* 121–168.

Janet, P. (1898). *Nevroses et idees fixes* (2 vols.). Paris: Alcan.

Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria.* New York: Macmillan.

Janet, P. (1909). Problemes psychologiques de l'emotion. *Revue de Neurologie,* 17, 1551–1687.

Janet, P. (1911). *L'etat mental des hysteriques*, (3rd ed.) Paris. Alcan: [retipărită la Marsilia: Lafitte Reprints, 1983].

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. În C.R. Figley (coord.), *Trauma and its wake* (Vol. 1, pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.

Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse.* Chichester, Marea Britanie: Wiley.

Jones, E. (1961). *The life and work of Sigmund Freud.* New York: Basic Books.

Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change.* New York: Routledge.

Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war.* New York: P. Hoeber.

Kernberg, O. (1976). *Object relations therapy and clinical psychoanalysis.* Northvale NJ: Jason Aronson.

Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders.* New Haven, CT: Yale University Press.

Kestenberg, J. (1985). Child survivors of the Holocaust—40 years later. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry,* 24, 408–412.

Khan, M.M. (1960). Regression and integration in the analytic setting. În *The Privacy of the Self.* Madison, CT: International Universities Press, pp. 13–26, 1974.

Khan. M.M. (1969). Vicissitudes of being, knowing, and experiencing in the therapeutic situation. În *The Privacy of Self.* Madison CT: International Universities Press, pp. 203–218, 1974.

Khan. M.M. (1971a). To Hear with Eyes. În *The Privacy of Self.* Madison, CT: International Universities Press, pp. 234–250, 1974.

Khan. M.M. (1971b). The role of illusion in the analytic space and process. În *The Privacy of Self* Madison, CT: International Universities Press, pp. 251–269, 1974.

Kilpatrick, D.G., Veronen, L.G. şi Resick, P. (1979). The aftermath of rape: Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry, 49,* 658–669.

Klein, M. (1952). Câteva concluzii teoretice privind viaţa emoţională a

bebeluşului. În *Invidie şi recunoştinţă*, Editura Trei.

Kluft, R.P. (coord.). (1990a). *Incest related syndromes of adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. (1990b). Dissociation and subsequent vulnerability. *Dissociation, 3,* 167–173.

Kluft, R. (1990c). *Incest related syndromes of adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kluft, R. (1990d). Incest and subsequent revictimization: The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. În R. Kluft (coord.), *Incest related syndromes of adult psychopathology.* Washington DC: American Psychiatric Press.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* Madison, CT: International Universities Press.

Kolb, L. (1987). Neuropsychological hypothesis explaining post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 144,* 989–995.

Kramer, S. (1983). Object-coercive doubting: A pathological defense response to maternal incest. În H. Blum (coord.), *Defense and resistance* (pp. 325–362). Madison, CT: International Universities Press.

Kramer, S. (1990). Residues of incest. În H. B. Levine (coord.), *Adult analysis and childhood sexual abuse* (pp. 149–170). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Kramer, S. (1991). Psychopathological effects of incest. În S. Kramer şi S.Akhtar, (coord.), *The trauma of transgression.* Northvale, NJ: Jason Aronson, 1991.

Kramer, S. şi Akhtar, S. (coord.). (1991). *The trauma of transgression.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Krull, M. (1986). *Freud and his father.* New York: Norton. Krystal, H. (1978). Trauma

and affects. *Psychoanalytic Study of the Child, 33,* 81–116.

Krystal, H. (1988). *Integration and self healing.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press. Laufer, R. S., Frey-Wouters, E. şi Gallops, M.S. (1985). Traumatic stressors in the Vietnam War and Post-traumatic Stress Disorder. În C. Figley (coord.), *Trauma and its wake* Vol. 1, (pp. 73–89). New York: Brunner/Mazel.

Levine, H.B. (coord.). (1990). *Adult analysis and childhood sexual abuse.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Lifton, R.J. (1967). *Death in life: Survivors of Hiroshima.* New York: Simon şi Schuster.

Loewald, H. (1980). The waning of the Oedipus complex. În *Papers on psycho-analysis.* New Haven: Yale University Press.

Loftus, E. (1992). Address to the American Psychological Association, 100th Annual Meeting, Washington, DC.

Masson, J.M. (1984). *The assault on truth.* New York: Farrar, Straus şi Giroux.

Masson, J.M. (coord.). (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1894.* Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.

Masterson, J.F. (1976). *Psychotherapy of the borderline adult.* New York: Brunner/Mazel.

McDougall, J. (1989). *Theaters of the body.* New York: Norton.

McGrath, W.G. (1986). *Freud's discovery of psychoanalysis.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Meissner, W.W. (1988). *Treatment of patients in the borderline spectrum.* Northvale,

NJ: Jason Aronson.

Miczek, K.A., Thompson, M.L. şi Shuster, L. (1982). Opioid-like analgesia in defeated mice. *Science, 215,* 1520–1522.

Miller, A. (1981). *Prisoners of childhood.* New York: Basic Books.

Miller, A. (1983). *For your own good.* New York: Farrar, Straus şi Giroux.

Miller, M. (1984). *Thou shalt not be aware.* New York: Farrar, Straus şi Giroux.

Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mitchell, S.A. (1991). Wishes, needs and interpersonal negotiations. *Psychoanalytic Inquiry 11,* 147–170.

Newirth, J. (1992, August). *Psychotherapy with the sexually abused patient: The use of countertransference.* Lucrare prezentată la a 100-a Întâlnire anuală a Asociației Americane de Psihologie, Washington, DC.

Ogden, T.H. (1979). On projective identification. *International Journal of Psycho-Analysis, 60,* 357–373.

Ogden, T.H. (1986). *The matrix of the mind.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Ogden, T. H. (1991). *Projective identification and psychotherapeutic technique.* North-vale, NJ: Jason Aronson.

Pattison, E.M. şi Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry, 140,* 867–872.

Perry, R. şi Lindell, M. (1978). The psychological consequences of natural disaster: A review of research on American communities. *Mass Emergencies, 3,* 105–115.

Perry, J.C, Herman, J.L., van der Kolk, B.A. şi Hoke, L.A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder.

Psychiatric Annals 20, 33–43.

Piaget, J. (1968). *Six psychological studies.* New York: Vintage.

Pine, F. (1981). In the beginning: Contributions to a psychoanalytic developmental psychology. *International Review of Psychoanalysis, 8*, 15–33.

Pitman, R., Orr, S., Laforgue, D. și De Jong, J. (1987). Psychophysiology of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44*, 940–976.

Porder, M. (1987). Projective identification: An alternative hypothesis. *Psycho-analytic Quarterly, 56,*431–451.

Putnam, F. (1989), *The diagnosis and treatment of multiple personality disorders.* New York: Guilford Press.

Pynoos, R.S. și Eth, S. (1985). Developmental perspective on psychic trauma in childhood. În R. C. Figley (coord.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.

Racker, H. (1968). *Transference and countertransference.* Madison, CT: International Universities Press.

Rakoff, V.A. (1966). A long-term effect of the concentration camp experience. *Viewpoints, 1,* 17–22.

Rosenthal, R.J., Rinzler, C. și Wallsh, R. (1972). Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128; 47–52.

Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder.* New York: Wiley.

Ross, D.R. și Lowenstein, R.J. (coord.) (1992). Perspectives on multiple personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry,* 12(1).

Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma.* New York: Basic Books.

Sandler, J. (1987), *Projection, identification, projective identification.*

Madison, CT: International Universities Press.

Saunders, E.A. (1991). Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline in-patients. *Bulletin of the Menninger Clinic, 55,* 48–71.

Scharff, D.E. (1982). *The sexual relationship.* Boston: Routledge și Kegan Paul.

Searles, H.F. (1959). Oedipal love in the countertransference. În *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects.* Madison, CT: International Universities Press.

Searles, H.F. (1975). The patient as therapist to the analyst. În P. Giovancchini (coord.), *Tactics and techniques in psychoanalytic psychotherapy. Vol. II Countertransference* (pp. 95–151). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Searles, H.F. (1986). *My work with borderline patients.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Shabad, P. (1993). Resentment, indignation, and entitlement: The transformation of unconscious wish into need. *Psychoanalytic Dialogues,* 3(4).

Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S. și Ogden, R.L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse in adult female borderline in-patients. *American Journal of Psychiatry, 147,* 214–216.

Shengold, L. (1963). The parent as sphinx. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 11,* 725–751.

Shengold, L. (1967). The effects of overstimulation: Rat people. *International Journal of Psychoanalysis, 48,*403–415.

Shengold, L. (1971). More about rats and rat people. *International Journal of Psychoanalysis, 52,* 277–288.

Shengold, L. (1979). Child abuse and deprivation: Soul murder. *Journal of*

the American Psychoanalytic Association, 27, 533–559.

Shengold, L. (1989). *Soul murder.* New Haven: Yale University Press.

Shengold, L. (1992). Commentary on „Dissociative processes and transference-countertransference paradigms..." by Jody Messier Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues, 2,* 49–59.

Silver, J.M., Sandberg, D.P. şi Hales, R.E. (1990). New approaches in the pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 33–38.

Simpson, C.A. şi Porter, G.L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic, 45,* 428–438.

Slavin, J.H. (1992, aprilie). *The rediscovery of trauma.* Lucrare prezentată la a 12-a Întâlnire anuală a Departamentului de Psihanaliză (39) al Asociației Americane de Psihologie, Philadelphia, PA.

Spiegel, D. (1990). Trauma, dissociation, and hypnosis. În R. Kluft (coord.), *Incest related syndromes of adult psychopathology.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel, D. şi Spiegel, H. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiegel, D. (1986). Dissociation, double binds, and posttraumatic stress in multiple personality disorder. În B.G. Braun (coord.), *Treatment of multiple personality disorder* (pp. 61–78). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Steele, B. (1986). Child abuse. În A. Rothstein (coord.), *The reconstruction of trauma.* Madison, CT: International Universities Press.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant.* New York: Basic Books.

Stolorow, R.D. şi Atwood, G.E. (1992). *Contexts of being.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Stone, M.H. (1990). Incest in the borderline patient. În R.P. Kluft (coord.), *Incest related syndromes of adult psychopathology* (p. 183–204). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Stone, M.H., Unwin, A., Beacham, B. şi Swenson, C. (1989). Incest in female borderlines: Its frequency and impact. *International Journal of Family Psychiatry, 9*, 277–293.

Sullivan, H.S. (1956). *Clinical studies in psychiatry.* New York: Norton.

Surrey, J., Swett, C, Michaels, A. şi Levin, S. (1990). Reported history of physical and sexual abuse and severity of symptoms in women psychiatric outpatients. *American Journal of Orthopsychiatry, 60*, 412–417.

Sutherland, S. şi Scherl, D.J. (1970). Patterns of response among rape victims. *American Journal of Orthopsychiatry, 40*, 503–511.

Tansey, M.J. şi Burke, W.F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Terr, L.C. (1979). Children of Chowchilla. *Psychoanalytic Study of the Child, 34*, 547–623.

Terr, L.C. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry, 140,* 1543–1550.

Terr, L.C. (1990). *Too scared to cry.* New York: Harper şi Row.

Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148,* 10–20.

Ulman, R.B. şi Brothers, D. (1988). *The shattered self.* Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

van der Hart, O. şi Horst, R. (1988). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress,* 2, 397–412.

van der Hart, O. şi Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress, 2,* 397–412.

van der Kolk, B.A. (1988). The trauma spectrum: The interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *Journal of Traumatic Stress,* 2(3), 273–290.

van der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatric Clinics of North America, 12*, 389–411.

van der Kolk, B.A., Herman, J. şi Perry, C. (1984). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. Paper presented at the Fourth Annual Meeting of the Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore.

van der Kolk, B.A. şi Ducey, C.P. (1989). The psychological processing of traumatic

experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 2,* 259–274.

van der Kolk, B.A. şi Greenberg, M.S. (1987). Psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addiction to trauma reexposure. În B.A. Van der Kolk (coord.), *Psychological trauma* (p. 63–88). Washington, DC: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B.A. şi Kadish, W. (1987). Amnesia, dissociation, and the return of the repressed. În B.A. Van der Kolk (coord.), Psychological trauma (p. 173–190). Washington, DC: American Psychiatric Press.

van der Kolk, B.A., Brown, P. şi Van der Hart, O. (1989). Pierre Janet on post traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress,* 2, 365–378.

Volkan, V.D. (1976), Primitive internalized object relations. Madison, CT: International Universities Press.

Volkan, V.D. (1987). *Six steps in the treatment of borderline personality organization.* Northvale, NJ: Jason Aronson.

Weiss, J.M., Glazer, H.I., Pohorecky, L.A., et al. (1975). Effects of chronic

exposure to stressors on subsequent avoidance/escape behavior and on brain norepinephrine. *Psychosomatic Medicine, 37,* 522–524.

Wilson, J.P., Smith, W.K. şi Johnson, S.K. (1985). A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. În C.R. Figley (coord.), *Trauma and its wake* (Vol. 1). New York: Brunner/Mazel.

Winnicott, D.W. (1960a/2004). Perturbarea Eului în termeni de sine adevărat şi fals. În *Procesele de maturizare,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1960b). Contratransferul. În *Procesele de maturizare,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1947/2003). Ura în contratransfer. În *De la pediatrie la psihanaliză,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1951/2003). Obiecte tranziţionale şi fenomenul tranziţional. În *De la pediatrie la psihanaliză,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1954–1955/2003) Poziţia depresivă în dezvoltarea emoţională normală. În *De la pediatrie la psihanaliză,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1955). Tipuri/varietăţi clinice de transfer. În *De la pediatrie la psihanaliză,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1960/2004). Perturbarea Eului în termeni de sine adevărat şi fals. În *Procesele de maturizare,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1962/2004). Integrarea Eului în dezvoltarea copilului. În *Procesele de maturizare,* Editura Trei.

Winnicott, D.W. (1971/2006). *Joc şi realitate,* Editura Trei.

Wolf, E.K. şi Alpert, J. (1991). Psychoanalysis and child sexual abuse: A review of the post Freudian literature. *Psychoanalytic Psychology, 8,* 305–329.

Wyatt, G. (1985). The sexual abuse of Afro-American and white women in childhood. *Child Abuse and Neglect, 9,* 507–519.

Yager, T., Laufer, R.S. şi Gallops, M.S. (1984). Some problems associated with war experience in men of the Vietnam generation. *Archives of General Psychiatry, 41,* 327–333.

Young, M.B. (1988). Understanding identity disruption and intimacy: One aspect of

posttraumatic stress. *Contemporary Family Therapy, 10,* 30–43.